

UNIVERSITÉ DE SHERBROOKE

MÉMOIRE DE MAÎTRISE

PRÉSENTÉ COMME EXIGENCE PARTIELLE
DE LA MAÎTRISE EN SERVICE SOCIAL (M.S.S.)

PAR
SARAH FORTIN

LE SOUTIEN À DOMICILE AUPRÈS DES PERSONNES ÂGÉES EN PERTE
D'AUTONOMIE : ENJEUX ET DILEMMES ÉTHIQUES LIÉS À LA SÉCURITÉ DES
TRAVAILLEURS SOCIAUX

LE 6 AVRIL 2018

Composition du jury

Le soutien à domicile auprès des personnes âgées en perte d'autonomie : Enjeux et dilemmes éthiques liés à la sécurité des travailleurs sociaux
Sarah Fortin

Ce mémoire a été évalué par un jury composé des personnes suivantes :

Annie Lambert, directrice de recherche
Paul Morin, membre du jury
Nathalie Delli-Colli, membre du jury
École de travail social, Faculté des lettres et sciences humaines, Université de Sherbrooke

TABLE DES MATIÈRES

Remerciements	5
Résumé et mots-clés	6
Liste des figures	8
Chapitre 1 : Introduction	9
Chapitre 2 : Problématique	12
2.1. Mise en contexte : la pratique du travail social au soutien à domicile	12
2.2. Objet de recherche	21
2.3. Pertinence de la recherche pour le travail social	23
2.4. Question de recherche	24
2.5. Objectifs de la recherche	24
Chapitre 3 : Recension des écrits	26
3.1. Stratégie de recherche documentaire	26
3.2. État des connaissances	27
3.3. Cadre conceptuel	39
Chapitre 4 : Méthodologie	42
4.1. Stratégie de recherche	42
4.2. Échantillon	43
4.3. Méthode et outils de collecte de données	46
4.4. Analyse des données	49
4.5. Critères de rigueur scientifique	50
4.6. Considérations éthiques	52
Chapitre 5 : Résultats	54
5.1. Objectif 1 : Dangers perçus	54
5.2. Objectif 2 : Enjeux	68
5.3. Objectif 3 : Outils	105
5.4. Objectif 4 : Mécanismes	107
Chapitre 6 : Discussion	111
6.1. Variabilité dans la perception du danger	111
6.2. Évaluation de la gestion du risque	114
6.3. Enjeux et dilemmes éthiques	119
6.4. Retour sur le cadre conceptuel	124

Chapitre 7 : Conclusion	127
Références	130
Annexes	136
A. Fiche explicative	136
B. Grille d'entretien	137
C. Vignettes cliniques	139
D. Formulaire d'information et de consentement	141

REMERCIEMENTS

Je tiens à remercier tous ceux qui m'ont accompagné pendant le processus de réalisation de ce projet de recherche : à Annie Lambert, ma directrice; aux professeurs et étudiants qui ont accepté de me donner leurs commentaires précieux sur le projet; à Marie-Sol Poirier et aux membres du comité d'éthique du CISSS Montérégie-Centre; aux chefs de programmes et coordonnatrices cliniques qui m'ont donné accès aux participants; et surtout aux participants qui ont accepté avec enthousiasme de répondre à mes questions.

Je tiens à remercier tous ceux qui m'ont aidé, encouragé et soutenu de près ou de loin à poursuivre ce projet fou : maman, ma cheerleader aux gants de boxe; Dimitri, Olivia et Laura; la famille et les amis, vous savez qui vous êtes.

RÉSUMÉ ET MOTS-CLÉS

Le présent mémoire de recherche s'intéresse aux enjeux liés à la sécurité des travailleurs sociaux qui se rendent au domicile de clients âgés en perte d'autonomie et qui présentent bien souvent des situations très complexes. Les objectifs de cette recherche qualitative exploratoire étaient de déterminer les enjeux de sécurité perçus par les travailleurs sociaux et les questionnements et dilemmes qui surviennent lorsque ces situations se présentent, de même que les outils et mécanismes présents dans leurs milieux de travail pour les soutenir. Pour y parvenir, 12 entrevues ont été réalisées avec des travailleurs sociaux oeuvrant auprès de cette clientèle en Montérégie-Est. Une analyse de contenu a permis de faire ressortir plusieurs éléments pertinents pour la profession de travailleur social. Il existe de nombreux risques associés au contexte de l'intervention à domicile, toutefois l'évaluation qu'en font les intervenants est très différente de l'un à l'autre. Leur façon de gérer les risques est aussi propre à chacun et est modulée entre autres par leurs expériences. Ces situations génèrent plusieurs questionnements de nature éthique qui peuvent poser des problèmes à certains travailleurs sociaux qui ne disposent pas toujours des outils nécessaires pour les résoudre. Des mécanismes pour aider les travailleurs sociaux à négocier avec ces enjeux existent. Leur mise en place adéquate pourrait aider à l'amélioration de la qualité des interventions et à la réduction de la détresse vécue par les travailleurs sociaux dans l'exercice de leur profession.

Mots-clés : travail social, travailleur social, soutien à domicile, personnes âgées, aînés, gérontologie, psychogériatrie, perte d'autonomie, sécurité, risque, danger, évaluation des risques, gestion du risque, enjeux, dilemmes éthiques, analyse des pratiques professionnelles, réflexion critique

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Cadre conceptuel	38
Figure 2 : Cadre conceptuel révisé	122

CHAPITRE 1 : INTRODUCTION

Au Québec et ailleurs, il est possible de constater qu'une grande proportion de la population est vieillissante. En effet, il est estimé que le nombre de personnes âgées de plus de 60 ans grimpera rapidement dans les 20 prochaines années pour atteindre plus du quart de la population (Ministère des travaux publics et des services gouvernementaux du Canada, 2002; Institut de la statistique du Québec, 2014). Cette augmentation sera particulièrement marquée chez les personnes âgées de 85 ans et plus, qui représenteront environ 10% de la population d'ici 2050. En 2061, le nombre de personnes âgées de 65 ans et plus sera plus important que celui des personnes de moins de 20 ans dans la population en général.

Plusieurs facteurs ont contribué au vieillissement de la population et à l'augmentation de l'espérance de vie. D'abord, il y a l'importante baisse de natalité qui a suivi le baby-boom de l'après-guerre (Kergoat et Légaré, 2007). La hausse de l'espérance de vie est associée à une diminution de la mortalité, celle-ci pouvant être attribuée à un meilleur dépistage des facteurs de risque, aux progrès de la médecine et à l'amélioration des habitudes de vie. Cependant, avec l'avancée en âge, le risque de manifester des incapacités de plus en plus importantes augmente. L'accumulation de plusieurs pathologies et maladies chroniques, auxquelles s'ajoute fréquemment une polymédication, complexifie l'accompagnement de ces personnes par le personnel soignant. Les fournisseurs de soins et services de tous les milieux observent un alourdissement de la clientèle âgée engendré par la présence de multiples problèmes de santé physique et psychologique, mais aussi par une variété de problèmes sociaux tels

que la pauvreté et l'affaiblissement du réseau de soutien (Roy, Saillant et Vézina, 1994). Effectivement, près d'un tiers d'entre eux vivent seuls et environ une personne âgée sur cinq vit sous le seuil de la pauvreté (Kergoat et Légaré, 2007).

Le vieillissement de la population entraînera nécessairement une réorganisation du réseau de la santé et des services sociaux entre autres en termes de prévention, d'offre de services ajustés à l'âge et d'allocation de ressources (Kuzmarov, 2009). La population des personnes âgées de 65 ans et plus est très hétérogène, ce qui signifie un large spectre de profils allant de l'autonomie complète à la dépendance totale. Les besoins varieront sur les plans physique, psychologique, cognitif, économique et psychosocial. De plus, les besoins et le niveau d'autonomie d'une personne seront appelés à changer à travers le temps selon l'évolution de sa santé et de sa situation psychosociale, nécessitant ainsi de rajuster continuellement les services qu'elle reçoit. Au Québec, 4% des personnes âgées de 65 ans et plus sont hébergées en institution publique et 44% de celles de 85 ans et plus le sont (Reguer, 2007). Ceci signifie donc que la grande majorité d'entre elles sont à domicile.

Les différentes réformes du réseau de la santé et des services sociaux ont fait évoluer les lieux où sont offerts les services au profit de l'intervention à domicile (Doré, 1987). Les rôles et façons d'intervenir des équipes soignantes auprès des personnes âgées en perte d'autonomie se sont adaptés pour suivre ce courant. Le fait de se rendre à domicile dans l'exercice de leurs fonctions a évidemment entraîné différents enjeux pour les travailleurs sociaux. Parmi ces enjeux, se retrouvent ceux liés à leur sécurité lorsqu'ils se rendent au domicile de leurs clients.

Les enjeux de sécurité seront le point d'intérêt du présent projet de recherche et ce qui suit présente l'intérêt de le réaliser, de même que son élaboration. Nous préciserons le sujet qui nous intéresse à la lumière de la littérature existante qui s'y rattache. La méthodologie de recherche qualitative envisagée pour répondre aux questions qui nous préoccupent sera explicitée. Les résultats des entrevues semi-dirigées réalisées auprès des travailleurs sociaux de différents Centres locaux de services communautaires (CLSC) en Montérégie-Est seront décrits et une discussion abordant les réflexions qui en découlent sera présentée. Le tout devrait nous permettre d'accumuler une quantité d'information intéressante en ce qui concerne la sécurité des travailleurs sociaux au domicile des clients.

CHAPITRE 2 : PROBLÉMATIQUE

2.1. Mise en contexte : La pratique du travail social au soutien à domicile

Depuis plusieurs années, les orientations ministérielles en santé et services sociaux se tournent de plus en plus vers les interventions à domicile. À cet effet, depuis les années 60, le Québec a traversé de nombreuses réformes en ce qui concerne l'intervention à domicile. Les CLSC ont été créés pour donner suite à la Commission Castonguay pour favoriser le maintien des personnes dans leur milieu de vie (Reguer, 2007). Depuis, le virage ambulatoire, la désinstitutionalisation et l'arrivée de la politique de soutien à domicile ont eu pour mission à chaque fois de rediriger les services offerts de l'hôpital vers la communauté (Doré, 1987). Ce mouvement s'observe surtout chez une population de personnes atteintes de problématiques de santé mentale et chez les personnes âgées en perte d'autonomie. Ce qui suit présentera brièvement la politique québécoise de soutien à domicile et soulèvera quelques enjeux liés à son implantation, la réalité des travailleurs sociaux qui se rendent à domicile et le contexte administratif dans lequel il se situe, la complexité de la clientèle qu'on y retrouve, de même que quelques notions liées au concept de sécurité.

2.1.1. La politique de soutien à domicile

La politique de soutien à domicile pour les personnes âgées en perte d'autonomie a été créée dans le but de leur offrir le choix de demeurer le plus longtemps possible à domicile, plutôt que d'envisager l'hébergement en premier lieu (MSSS, 2003). Les services de soutien à domicile s'adressent principalement aux personnes âgées, mais aussi

aux personnes plus jeunes qui auraient « une incapacité temporaire ou persistante, dont la cause peut être physique, psychique ou psychosociale, et qui doit recevoir à son domicile une partie ou la totalité des services requis » (MSSS, 2003 : p.16), ainsi qu'à ses proches-aidants. L'aide à domicile peut être fournie par une multitude d'acteurs, notamment les Centres intégrés de santé et services sociaux (CISSS), les organismes communautaires, les entreprises d'économie sociale et les agences privées. Les nombreux intervenants, dont les travailleurs sociaux, sont appelés à travailler en équipes interdisciplinaires. La coordination est assurée par un professionnel du CLSC, désigné comme intervenant-pivot ou gestionnaire de cas.

Malgré les nombreux avantages qu'offre l'intervention à domicile, plusieurs auteurs soulèvent des préoccupations quant à l'application des programmes dans la réalité. Reguer et Charpentier (2007) rappellent que les ressources financières n'ont pas suivi le mouvement rendant difficile la mise en œuvre optimale du maintien à domicile. Selon eux, la politique est davantage centrée sur le report de l'hébergement au plus tard possible que sur la possibilité de demeurer à domicile de plus longtemps possible. Ces personnes doivent donc rester chez elles, malgré des difficultés de plus en plus grandes sur le plan de la santé et de l'autonomie. Le fait de repousser l'hébergement si tard a donc plusieurs conséquences sur la clientèle. L'une d'entre elles est le fait d'avoir recours à l'hébergement le plus souvent en situation de crise (Reguer, 2007). Un placement en de telles circonstances signifie que la personne est souvent instable et ses capacités d'adaptation sont réduites (Reguer, 2007). L'hypothèse que le déménagement et l'adaptation à son nouveau domicile se fassent plus difficilement est à envisager. Nous avons pu observer, dans le cadre de notre expérience professionnelle au soutien à

domicile, que les travailleurs sociaux qui y pratiquent doivent composer quotidiennement avec ces conséquences. Les demandes d'hébergement font partie de leurs tâches régulières. Les clients doivent attendre bien souvent de longs mois sur les listes d'attente avant d'avoir une place ou jusqu'à ce que la situation devienne trop urgente et précipite un hébergement. Lorsque la famille est présente, le travailleur social doit surveiller les risques d'épuisement. Lorsque la personne est seule, ils doivent tenter de la maintenir en sécurité le plus possible en espérant que les conséquences d'une crise ne soient pas trop importantes.

De plus, le manque de ressources et de préparation adéquate dans les communautés a entraîné un phénomène de « portes tournantes », la création de ghettos, la stigmatisation et l'isolement social (Doré, 1987). La désinstitutionalisation a eu comme effet l'apparition d'une tranche de la population vieillissante actuelle ayant de la difficulté à vivre en société, qui tente de se débrouiller avec des capacités et des ressources limitées, souvent avec un lourd passé psychiatrique ou parfois judiciaire, et qui peut avoir développé une attitude méfiante envers les institutions et l'autorité (Doré, 1987; Dorvil, 1997). Ces personnes apprennent à se débrouiller seules et elles vivent régulièrement dans des conditions moins optimales, notamment en ce qui a trait au logement.

2.1.2. Les travailleurs sociaux au soutien à domicile

Le travail social se pratique le plus souvent auprès des clientèles les plus vulnérables, marginalisées et défavorisées de la société (Molgat, 2007). Le travailleur social a, dans son système de valeurs professionnelles, une propension à la défense des

droits des plus vulnérables (OTSTCFQ, 2017). Il vise le maintien de l'autodétermination des personnes et mise sur leurs forces pour leur permettre de conserver un certain contrôle sur leur vie (Molgat, 2007).

Les travailleurs sociaux ont une longue tradition qui consiste à travailler avec les clients dans la communauté (Allen, 2008; Crevier, 2009). Pour ces intervenants, le travail à domicile comporte donc de nombreux avantages. Ils peuvent les voir évoluer dans leur « environnement naturel » dans une perspective écologique et fournir une intervention plus personnalisée (Allen, 2008). L'évaluation psychosociale s'en trouve plus juste et plus rapide du fait de pouvoir observer directement l'environnement plutôt que de s'appuyer uniquement aux dires de la personne et de son entourage (Crevier, 2009). Ceci permet donc de faire des recommandations plus personnalisées et appropriées à la situation de la personne. De plus, le travail à domicile permet d'avoir accès à une clientèle plus difficile à rejoindre, méfiante ou qui pourrait difficilement se déplacer dans les établissements où sont offerts les services. Un sentiment d'importance serait présent chez les clients du fait qu'on se soit déplacé spécialement pour eux. Il y aurait aussi une emphase plus importante mise sur le développement d'un partenariat entre le travailleur social et le client (Allen, 2008). C'est d'ailleurs un élément mis de l'avant par de nombreuses politiques publiques en santé et services sociaux. Le fait d'aller au domicile de la personne permettrait aussi de rééquilibrer les enjeux de pouvoirs entre le client et les intervenants. Ceci peut aussi contribuer à faciliter la création d'un lien de confiance entre l'intervenant et le client, de même qu'à renforcer l'alliance thérapeutique (Crevier, 2009).

Les dilemmes éthiques sont fréquents en intervention sociale, surtout lorsque des obligations morales et politiques viennent entraver le bien-être des clients (O’Leary, 2013). Ceux qui reviennent fréquemment pour le travailleur social au soutien à domicile sont souvent de l’ordre de la protection et de la sécurité versus l’autonomie et l’autodétermination du client. Les choix que le travailleur social doit effectuer sont potentiellement lourds de conséquences. Il doit prendre en compte la personne et ses proches, l’environnement dans lequel il se trouve, les recommandations des autres membres de son équipe, de même que les normes et la mission de son établissement (Pauzé, 2014). Par la nature de sa profession, le travailleur social est là pour représenter le client et défendre ses droits. Cependant, qu’en est-il lorsque le travailleur social est partagé entre les besoins du client et sa propre sécurité? Dans une telle situation, il doit être en mesure de trouver l’équilibre entre ses obligations professionnelles et institutionnelles et les droits du client à recevoir un service, mais aussi ses propres droits en tant que citoyen et fournisseur de services.

Les travailleurs sociaux au soutien à domicile doivent aussi composer avec des pressions administratives qui modulent leurs interventions. Une tendance s’observe actuellement avec la réforme de la Loi 10 et la création des CISSS et CIUSSS (Barette, 2014). Bien que les services soient offerts plus près du milieu de vie des clients, les décisions qui les concernent sont désormais prises de plus en plus loin de leur réalité. Avec les différentes réformes, s’est aussi amplifiée la nécessité de rendre des comptes sur la productivité et le bon usage des budgets, d’être de plus en plus imputable (MSSS, 2003). De nombreux indicateurs de qualité et d’efficience ont été créés pour tenter de mesurer les résultats des différentes interventions des professionnels de la santé. Or, ces

indicateurs quantifient davantage le nombre et la rapidité de l'intervention plutôt que la qualité du service rendu, la satisfaction du client et l'amélioration de la situation de celui-ci. Il semble donc y avoir une pression de la part des gestionnaires pour accomplir davantage de tâches plus rapidement plutôt que pour répondre adéquatement aux besoins réels de la clientèle. Il est aussi possible d'observer un besoin grandissant de normaliser et de baliser les interventions des professionnels (Bourque, 2009). De nombreux guides de pratiques et lignes directrices sont formulées pour tenter de diriger l'intervention le plus précisément possible dans le plus grand nombre de situations possibles (OTSTCFQ, 2011). Ceci a pour but d'uniformiser les pratiques, de pouvoir les quantifier et les évaluer, ainsi que d'aider les intervenants à mieux exercer leur profession.

2.1.3. La complexité de la clientèle : la psychogériatrie

Tel que mentionné précédemment, le groupe qui représente les « personnes âgées » est très hétérogène. L'expérience du vieillissement sera influencée par la génétique, l'état de santé et les circonstances de vie, notamment liées aux nombreux déterminants sociaux susceptibles de moduler notre santé et bien-être (CCNTA, 2002). Bien qu'une grande majorité des personnes âgées vive un vieillissement normal, d'autres voient leur situation se détériorer et se complexifier avec le temps. C'est notamment le cas des personnes qui présentent des problématiques de santé mentale. Chez les personnes de 65 ans et plus, les troubles mentaux seraient présents de façon temporaire chez 3,4% d'entre eux et de façon permanente chez 10,3% d'entre eux (CSBE, 2012). Bien que la prévalence des problèmes de détresse psychologique soit deux fois moins élevée chez les aînés que dans la population en générale, l'Institut de la statistique du

Québec (ISQ) (2000) note qu'elle serait toutefois sous-diagnostiquée. Il a été démontré en effet que 48% des personnes vivant à domicile et qui présentent des incapacités fonctionnelles souffrent d'un niveau de détresse psychologique élevé (Préville, 2001). Parmi les troubles mentaux les plus fréquents chez les aînés, se retrouvent la dépression, les troubles psychotiques, les troubles d'anxiété, la démence et le délirium (CCNTA, 2002).

Vivre avec une problématique de santé mentale en vieillissant a des répercussions différentes qu'une même situation vécue plus jeune. La combinaison d'une problématique de santé mentale avec la maladie physique et la perte d'autonomie complexifie le diagnostic, le traitement et la prise en charge de ces personnes par les soignants (CSBE, 2012). Leurs capacités d'adaptation et de résilience sont plus difficiles à mobiliser avec l'âge lorsqu'elles font face à des transitions et événements de la vie plus stressants (Nour, 2010). Elles ont souvent un faible réseau de soutien et peuvent être victimes d'âgisme et d'exclusion sociale. L'agence de la santé et des services sociaux de Montréal (2011) distingue trois catégories de personnes âgées atteintes de troubles mentaux, c'est-à-dire celles qui ont un trouble mental depuis l'âge adulte, celles qui ont développé le trouble mental après 65 ans et celles aux prises avec une démence. Les premières ont vécu avec une problématique toute leur vie, par exemple la schizophrénie. Certaines d'entre elles ont vécu la désinstitutionalisation, alors que d'autres ont passé une partie de leur vie en institution. Elles sont généralement connues du réseau de santé. En vieillissant, il se peut qu'elles subissent des effets secondaires d'une médication à long terme ou qu'elles soient plus vulnérables à développer des déficits cognitifs. Finalement, elles risquent d'avoir des compétences plus limitées en ce qui concerne les activités de la

vie quotidienne et domestique. La seconde catégorie, qui présente des symptômes pour la première fois après 65 ans, a souvent plus de problèmes avec le dépistage et l'obtention de ressources appropriées. Elles entrent dans le réseau de santé par la voie des services aux aînés qui ne sont pas nécessairement habiletés avec les problématiques de santé mentale. Elles sont à risque de se retrouver en situation de crise voire même de se suicider. Finalement, pour les personnes atteintes de déficits cognitifs, on observe un déclin de l'autonomie graduel accompagné ou non de symptômes psychologiques et comportementaux de la démence (SCPD). Dans leur cas, il est nécessaire de travailler conjointement avec les proches aidants pour qu'ils aient une approche adaptée à ce type de problématique et éviter leur épuisement afin qu'ils puissent demeurer à domicile le plus longtemps possible.

Bartels (2004) rappelle que les services offerts aux personnes âgées souffrant de problèmes graves de santé mentale sont souvent insuffisants et inadéquats. Il estime à environ 50% la proportion des aînés vivant avec des problématiques de santé mentale qui ne reçoivent pas les soins et services appropriés à leur condition. L'une des explications possibles serait que dès qu'une personne a 65 ans, elle est dirigée vers les services pour aînés, peu importe son problème (CSSSVQ, 2015). Cependant, les intervenants de ces services ne sont pas nécessairement habiletés à gérer les problématiques de santé mentale et se situent davantage dans une perspective d'offre de services.

Les intervenants psychosociaux jouent généralement un rôle important auprès d'une telle clientèle (Nour, 2010). Effectivement, ces situations complexes requièrent une approche globale qui tient compte du contexte et des besoins de la personne, tout en favorisant son autodétermination et en respectant son mode de vie.

2.1.4. Notion de sécurité

L'Institut national de santé publique du Québec décrit la sécurité comme étant un « état où les dangers et les conditions pouvant provoquer des dommages d'ordre physique, psychologique ou matériel sont contrôlés de manière à préserver la santé et le bien-être des individus et des communautés » (2016, sans page). Afin de préserver cette sécurité, il doit régner un climat de paix sociale où les droits de chacun sont respectés. Les valeurs et l'intégrité des personnes doivent être préservées et la prévention doit être mise de l'avant pour éviter des accidents pouvant causer toutes sortes de dommages à la personne. Pour préserver la sécurité, des actions doivent être posées sur l'environnement, de même que sur les comportements (INSPQ, 2016).

La sécurité est un concept difficile à évaluer en raison de sa forte variabilité (Przygodzki-Lionet, 2008). La perception d'un danger dépend de nombreux facteurs personnels et situationnels, donc du contexte dans lequel il se retrouve. Ainsi, la notion de sécurité n'est pas objective ou externe, mais plutôt subjective et interne à la personne qui vit une situation particulière (Ceyhan, 1998). C'est la personne qui construit sa propre perception de sa sécurité à travers son discours. C'est son interprétation qui en fait une situation menaçante ou non pour la personne. Une situation apparaîtra donc comme menaçante en fonction de son contexte et de la façon dont elle est décrite et analysée par la personne qui la vit. Ainsi, deux intervenants n'interpréteront pas une même situation et ne s'y prépareront pas de la même façon. Pour transmettre un message visant à promouvoir la sécurité, il faut ainsi connaître le « groupe cible » à qui il est destiné et utiliser des arguments qui les rejoignent (Ceyhan, 1998). Par exemple, les infirmières

sont habituées à se protéger des maladies infectieuses à l'aide de masques et de gants. Cependant, les travailleurs sociaux utilisent rarement ces mesures de protection qui pourraient possiblement nuire à l'établissement d'un lien de confiance avec leur client ou parce qu'ils n'en voient pas l'utilité. Cela questionne donc le rapport qu'entretiennent les travailleurs sociaux face à leur sécurité à domicile.

2.2. Objet de recherche

Le projet de recherche proposé est étroitement lié au contexte de pratique des travailleurs sociaux exerçant à domicile et aux enjeux qui en découlent. Ils ont à travailler avec une clientèle ayant une réalité complexe et avec diverses pressions de la part de leurs institutions, le tout en dehors des murs plus protecteurs de celles-ci. Lors de notre stage de formation pratique de l'année préparatoire à la maîtrise, nous avons eu la chance d'assister au comité d'éthique du Centre de santé et de services sociaux (CSSS) Richelieu-Yamaska (aujourd'hui intégré au CISSS Montérégie-est). Plusieurs intervenants ont soulevé lors de ce comité la question de leur sécurité lorsqu'ils se rendent au domicile des clients. Ils souhaitent savoir quoi faire lorsque des situations particulièrement dangereuses ou menaçantes pour leur intégrité physique ou psychologique se produisaient. Plusieurs de leurs questionnements servent d'hypothèses pour guider la recherche actuelle.

D'abord, il importe de rappeler que la notion de danger diffère d'une personne à l'autre (Przydoski-Lionet, 2008). Il y a donc une question de perception à ne pas négliger. Face au danger, certains intervenants utiliseront des méthodes de protection, alors que d'autres les laisseront de côté pour toutes sortes de raisons. La question se pose à savoir

si certains intervenants seraient « désensibilisés » au risque par habitude. Sachant que l'établissement d'un lien de confiance est à la base de l'intervention du travailleur social, serait-il possible que le fait d'utiliser des mesures de protection soit nuisible (CNESM, 2013)? Est-ce simplement le manque de connaissance sur les précautions à prendre lors de telles situations? Ou encore, savent-ils même reconnaître les situations risquées?

Ensuite, la question de la responsabilité professionnelle est particulièrement intéressante. Les travailleurs sociaux ont des devoirs et des obligations envers leur clientèle, notamment en vertu du Code de déontologie de leur profession (OTSTCFQ, 2016a). Lorsqu'ils sont devant une situation qui pose des menaces pour leur intégrité psychologique ou physique, existe-t-il une limite leur permettant de refuser de donner le service? Le Code de déontologie souligne que la fin des services se doit d'être justifiée par une raison valable et que le travailleur social doit subordonner son propre intérêt à celui du client. Considérant ceci, l'intervenant peut-il placer sa propre sécurité devant le besoin d'intervention du client?

Enfin, face à ces nombreux enjeux et dilemmes, les travailleurs sociaux doivent pouvoir avoir recours à du soutien clinique. Y a-t-il, au sein de leur établissement, une personne habilitée à réfléchir avec eux sur l'évaluation du danger et sur la possibilité de se retirer? Cette personne devrait aussi pouvoir l'accompagner dans sa réflexion sur la culpabilité suscitée par l'abandon d'un client ou pour toute délibération éthique. Il est aussi intéressant de se demander s'il existe dans le milieu de travail un lieu de réflexion sur les pratiques professionnelles, qui permettrait aux intervenants d'échanger entre eux sur les diverses problématiques vécues. Enfin, existe-t-il, dans le milieu de travail, des

guides de pratiques en situations complexes susceptibles d'aider les intervenants dans leur prise de décision?

L'objet de la présente recherche sera donc de tenter de répondre à ces questions en allant explorer la réalité des travailleurs sociaux qui ont à se rendre au domicile des clients.

2.3. Pertinence de la recherche pour le travail social

La pertinence de ce projet de recherche est principalement attribuée au fait qu'il émane de préoccupations soulevées sur le terrain par des intervenants du soutien à domicile. Nous avons pu observer que plusieurs des préoccupations liées au contexte d'intervention à domicile ont été soulevées en comité d'éthique par des travailleurs sociaux et repris par d'autres professionnels, notamment médecins, infirmières et auxiliaires familiales. Il semble donc y avoir une réelle préoccupation par rapport aux enjeux de sécurité des intervenants à domicile, de même que plusieurs questionnements par rapport à la marche à suivre dans de tels cas. L'incertitude vécue par ces intervenants semble créer un certain niveau d'inconfort et de détresse qu'il nous semble important d'aller explorer davantage. Le fait de cerner plus précisément l'expérience vécue par les travailleurs sociaux à domicile permettra de dégager des similarités, pour ensuite formuler des hypothèses et des pistes de réflexions concernant la mise en place de mécanismes de soutien appropriés, et ainsi contribuer à diminuer leur détresse tout en améliorant les pratiques.

Le présent mémoire de recherche s'adresse en priorité aux préoccupations des travailleurs sociaux du soutien à domicile auprès des personnes âgées en perte

d'autonomie, tout en considérant qu'un grand nombre d'entre elles souffrent de diverses problématiques de santé mentale tel que démontré précédemment, ce qui complexifie l'intervention. Les résultats qui s'en dégageront pourront être transférés et adaptés à d'autres professionnels œuvrant auprès des personnes âgées, tels les médecins, infirmières et auxiliaires familiales. De même, ils pourront servir de point de départ pour d'autres secteurs d'activités, par exemple pour la protection de la jeunesse ou pour les organismes communautaires pour lesquelles des interventions à domiciles sont également réalisées.

La recherche est donc pertinente pour l'amélioration de la qualité des conditions de travail des travailleurs sociaux au soutien à domicile qui œuvrent auprès des personnes âgées en perte d'autonomie, mais aussi pour tout intervenant qui serait appelé à se rendre à domicile dans d'autres contextes.

2.4. Question de recherche

Quels sont les enjeux de sécurité vécus par les travailleurs sociaux qui interviennent à domicile auprès des personnes âgées en perte d'autonomie, notamment lorsque celles-ci présentent des problématiques de santé mentale?

2.5. Objectifs de la recherche

Le but principal de la recherche est de documenter les préoccupations des travailleurs sociaux au soutien à domicile en ce qui a trait à leur sécurité, de façon à pouvoir émettre des réflexions et les soutenir dans leur pratique professionnelle.

Pour ce faire, quatre objectifs sont visés :

1. Documenter et identifier les enjeux de sécurité perçus par les travailleurs sociaux au soutien à domicile.
2. Explorer les enjeux professionnels et éthiques liés à la présence d'éléments non sécuritaires en intervention à domicile.
3. Déterminer quels sont les outils actuels à la disposition des travailleurs sociaux pour faire face à ces enjeux.
4. Explorer les mécanismes mis en place par les milieux pour soutenir les travailleurs sociaux lorsqu'ils font face à des situations non sécuritaires et aux dilemmes qui y sont associés.

CHAPITRE 3 : RECENSION DES ÉCRITS

3.1. Stratégie de recherche documentaire

Une recherche documentaire a été effectuée à l'aide des moteurs de recherche de la bibliothèque de l'Université de Sherbrooke. Les banques de données suivantes ont été consultées : *Ageline*, *Abstract in social gerontology*, *PSYCInfo*, *Social work abstract* et *Érudit*. Les mots-clés utilisés, en diverses combinaisons en langue française et anglaise, sont principalement : travailleur social, travail social, intervention psychosociale, intervention sociale, sécurité, risque, danger, soutien à domicile, personnes âgées, santé mentale, insalubrité, santé publique, enjeux professionnels, détresse, éthique et dilemme. Le répertoire des mémoires produits à l'Université de Sherbrooke a été consulté. Le moteur de recherche *Google* a été utilisé pour trouver des publications ministérielles et guides de pratique. Les publications de l'*Ordre des travailleurs sociaux et thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec* ont été consultées et une recherche a été effectuée plus en profondeur dans la revue *Intervention*. Comme critère d'inclusion les articles et publications datant de 2005 et plus récents ont été retenus. Peu d'articles traitaient directement du sujet d'étude, alors ceux traitant de problématiques telles que l'auto-négligence ou l'insalubrité morbide, susceptibles d'être rencontrées en contexte d'intervention au soutien à domicile et qui comportent des enjeux de sécurité pour les intervenants, ont été considérés. Finalement, les références bibliographiques des articles pertinents ont été révisées en méthode boule de neige. Les textes issus de cette recherche documentaire ont été analysés pour faire ressortir les éléments se rattachant aux objectifs du présent projet de recherche.

3.2. État des connaissances

Les textes recensés lors de la recherche documentaire ont permis de dégager des informations pertinentes à différents niveaux en lien avec la question de recherche sur les enjeux de sécurité vécus par les travailleurs sociaux à domicile. En premier lieu, les différentes menaces (dangers potentiels) à la sécurité des intervenants seront explorées. Puis, les enjeux cliniques, éthiques et relationnels pertinents à la question de recherche seront soulevés.

3.2.1. Les enjeux de sécurité susceptibles d'être rencontrés par les travailleurs sociaux à domicile

En lien avec le premier objectif, il est pertinent de s'attarder aux éléments susceptibles de menacer la sécurité des travailleurs sociaux lorsqu'ils se rendent au domicile de leurs clients. En effet, ceux-ci peuvent rencontrer divers types de dangers dans l'exercice de leurs fonctions. Ils ont été classés en catégories en fonction du type de menace : les dangers liés à la nature même de l'intervention à domicile, les dangers liés au cadre physique, les dangers liés à l'intrusion dans l'intimité et les dangers liés à la relation thérapeutique.

Dangers liés à la nature de l'intervention à domicile

En premier lieu, un type de danger recensé dans plusieurs écrits concerne la nature même de l'intervention à domicile. L'intervention à domicile implique nécessairement un déplacement du travailleur social en dehors des murs de l'institution,

ce qui le soumet aux intempéries et aux possibles complications liées au transport (Morin et al., 2009). L'équipe de Morin a remarqué qu'il pouvait y avoir un certain malaise des intervenants à s'aventurer hors des murs de l'établissement. Parmi les éléments insécurisants, se retrouve le fait de se rendre seul dans un endroit inconnu, où attendent des clients parfois instables, notamment en contexte de santé mentale (CNESM, 2013). Le domicile lui-même n'est pas la seule source de danger. Le voisinage où se rend l'intervenant peut aussi être insécurisant, notamment dans certains quartiers de Montréal. Il y a un constat à l'effet « qu'une majeure partie de la clientèle recevant des services psychosociaux à domicile vit dans des conditions d'habitation précaires ou insalubres situés dans des milieux à faibles niveaux socioéconomiques et dans des quartiers difficiles » (Morin et al., 2009, p.107). Une fois au domicile, l'intervention est soumise aux imprévus et à la présence d'éléments perturbateurs qui peuvent moduler, voire même écourter l'entrevue (Morin et al., 2009). Ces perturbations ne représentent pas nécessairement un danger, mais peuvent occasionner un certain stress chez l'intervenant, ou du moins une perte de temps. D'ailleurs, les contraintes organisationnelles liées à l'intervention à domicile semblent être une source d'insatisfaction pour l'intervenant et les usagers. Parmi ces insatisfactions, notons les contraintes de temps, la surcharge de travail et les nombreux déplacements (Morin et al., 2009). Ces contraintes peuvent mettre une pression supplémentaire sur l'intervenant qui pourrait être trop pressé pour prendre les précautions nécessaires avant l'entrée dans un logement insalubre, par exemple, ou pour être tout à fait disponible à son client.

Dangers liés au cadre physique

Ensuite, le type de danger qui serait le plus visible, quoique pas nécessairement prioritaire pour les intervenants, semble être celui lié au cadre physique, notamment aux conditions d'insalubrité de plusieurs logements. Morin et al. (2009) rapporte un certain malaise des intervenants sociaux avec l'intervention en milieu insalubre. Chaque personne possède des seuils de tolérance par rapport à ce qui est considéré comme acceptable ou non dans ce domaine. Tous les auteurs recensés ici s'entendent pour dire que l'insalubrité d'un logement comporte des dangers, non seulement pour la personne qui y vit, mais aussi pour la communauté et pour les différents intervenants qui doivent s'y rendre pour diverses raisons (Morin et al., 2009; Brown, 2014; CNESM, 2013; Day et al., 2012; Crevier, 2009; INSPQ, 2005). Fleury et al. (2012) affirment que l'insalubrité liée à l'accumulation compulsive peut entraîner des maladies chroniques et augmente le risque de blessure physique entre autres. Les dangers liés à l'insalubrité peuvent prendre différentes formes. Le Centre national d'expertise en santé mentale (CNESM) (2013) mentionne la possibilité de contacts avec des liquides biologiques (urine, sang, selles, vomissures), des morsures ou blessures d'animaux domestiques, des seringues souillées, l'irritation des voies nasales ou de la gorge et la présence d'animaux ou de parasites. L'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) (2005) pour sa part mentionne quatre catégories de risques liés à l'insalubrité : les risques biologiques (par exemple les insectes, la moisissure ou les maladies transmises de personnes à personnes), les risques chimiques (par exemples des contaminants toxiques pouvant pénétrer par la peau, la bouche ou la respiration), les odeurs (qui peuvent altérer les performances cognitives entre-autre) et les conséquences psychosociales (qui peuvent entraîner stress, anxiété et

insécurité chez les personnes qui les côtoient). La présence de ces éléments peut donc représenter un danger considérable pour les travailleurs sociaux tant sur le plan de la santé physique que psychologique.

Comme de nombreux dangers sont issus des conditions de salubrité de l'environnement des clients, il est recommandé d'avoir recours à l'utilisation de protections physiques. Pour prévenir la transmission d'infections, la contamination par différents éléments ou une infestation d'insectes, l'INSPQ (2005) propose le recours à diverses mesures. Ils recommandent le port d'un masque, de gants et d'un sarrau, qui seront disposés dans un sac étanche après l'intervention. L'intervenant s'assurera de désinfecter ce qui aurait été en contact avec des agents à risque ou de consulter en cas d'inquiétude pour sa santé. Il peut devoir porter un casque, des lunettes ou des chaussures de sécurité. S'il y a des risques d'incendie, il peut être utile de se munir d'un extincteur à feu.

Dangers liés à l'intrusion dans l'intimité

Un troisième type de danger répertorié est en lien avec l'intrusion des intervenants dans l'intimité de la personne visitée. Morin et al. (2009) ont décrit le *chez-soi* comme étant « associé à un style vie, un témoignage de sa propre identité » (p. 2) et représentant « un lieu d'intimité, de sécurité, de contrôle, de liberté, de créativité et d'expression » (p. 3). La personne crée donc son domicile selon ses contraintes et celui-ci prend toutes sortes de formes. L'intervention à domicile peut donc représenter une source de tension tant pour l'usager que pour l'intervenant par l'entrée de ce dernier dans son intimité (Morin et al., 2009; Crevier, 2009). Une telle intrusion peut amener différentes réactions

de la part de l'usager, notamment générer un sentiment de méfiance, voire d'agressivité, pouvant compromettre l'intervention et la sécurité de l'intervenant (Morin et al., 2009). Ces sentiments peuvent survenir lorsque la personne sent que ses droits ne sont pas respectés ou qu'elle est traitée injustement (CNESM, 2013; Crevier, 2009). Morin et al. (2009) notent que les intervenants sont conscients de cette notion d'intrusion chez leurs clients. Toutefois, si une attention particulière n'y est pas portée, ceux-ci pourront tenter de reprendre le pouvoir qui leur revient en refusant les services ou en expulsant l'intervenant, totalement ou seulement de certaines pièces, s'ils le désirent.

Dangers liés à la relation thérapeutique

Enfin, il existerait une certaine forme de danger liée à la relation existante entre l'intervenant et son client. Crevier (2009) s'est surtout penchée sur la proximité relationnelle et la distance professionnelle dans l'intervention à domicile. En effet, au domicile, la distance professionnelle entre le travailleur social et son client se trouve raccourcie du fait d'entrer dans l'intimité de ce dernier et en l'absence du cadre fournit par l'institution, ce qui comporte quelques risques.

Un premier danger concerne la confusion du rôle professionnel. Il pourrait être facile de passer de l'empathie à la sympathie ou de développer des amitiés, voire des sentiments amoureux, si une attention particulière n'est pas portée aux balises relationnelles. Aussi, dans une telle proximité, l'intervenant peut s'investir énormément physiquement et émotionnellement, ce qui pourrait mener à l'épuisement professionnel (Corvol, 2013). Certains gestionnaires de cas en viendraient même à confondre leur rôle avec celui des proches aidants. En revanche, un intervenant qui serait trop rigide pourrait

nuire à la relation et à l'établissement du lien de confiance et ainsi nuire à l'intervention. Crevier (2009) insiste donc sur le fait de prendre des précautions pour créer une « proximité à distance » dans l'intervention à domicile.

3.2.2. Les enjeux professionnels et éthiques liés à la présence d'éléments non sécuritaires en intervention à domicile.

Conséquemment aux différents dangers illustrés dans la section précédente, les travailleurs sociaux au soutien à domicile font face à une multitude d'enjeux. Ces enjeux sont abordés selon qu'ils sont relationnels, cliniques ou éthiques.

Enjeux relationnels

Un certain nombre d'enjeux relationnels sont ressortis dans les écrits recensés dans la présente recherche. D'abord, Crevier (2009) rappelle que l'outil principal du travailleur social est lui-même et sa personnalité, « ce qui implique quelquefois un dévoilement de soi plus que professionnel, un dévoilement de ses forces autant que de ses faiblesses sur un plan humain et individuel » (p. 27). Ceci est souvent ce qui permet d'établir une relation avec le client. Comme nous l'avons mentionné précédemment, l'intervenant doit donc apprendre à doser les volets personnel et professionnel de façon à ne pas trop s'investir, se mettre en situation de vulnérabilité et s'épuiser. Un second enjeu relationnel a trait au caractère volontaire ou non de l'intervention des travailleurs sociaux. Dans les programmes de santé mentale et de protection de la jeunesse, l'intervention est régulièrement imposée. Cette imposition de l'autorité professionnelle cause un malaise chez les intervenants qui sont conscients d'entrer dans l'intimité de leur client et

d'imposer leur présence, ce qui peut créer une confrontation des pouvoirs de chacun (Morin et al., 2009). Cette situation est susceptible de générer une réponse du client qui pourrait représenter un danger pour l'intervenant, notamment si elle est agressive ou violente.

La question des frontières est d'autant plus importante que les pouvoirs entre le travailleur social et son client sont plus égalitaires. Les intervenants doivent donc avoir une compréhension claire de leurs rôles professionnels (Allen, 2008). Pour les jeunes intervenants, il faut aussi apprendre à reconnaître leur grande volonté de plaire et d'être aimés et se recentrer sur ce rôle professionnel. O'Leary (2013) suggère de faire participer le client à l'élaboration des frontières, notamment de déterminer ensemble les raisons d'une telle relation selon le contexte et les attentes de chacun. L'établissement des frontières servirait donc davantage à mieux connecter plutôt qu'à se séparer de l'autre, améliorant ainsi les chances de réussite de l'intervention. Le paradoxe entre la volonté de garder une distance professionnelle et l'engagement que les travailleurs sociaux ont dans la relation a été soulevé à plusieurs reprises, notamment chez les gestionnaires de cas par Corvol et al. (2013).

Comme la relation est au cœur de l'intervention du travailleur social, une attention particulière doit y être accordée. Le CNESM (2013) rappelle que le niveau de dangerosité pourra être influencé par le lien de confiance créé entre le client et l'intervenant. Un client qui fait confiance au travailleur social a moins de raison d'être méfiant et de réagir négativement à l'intrusion et aux interventions. Il faut donc allouer le temps nécessaire à sa création pour que le client perçoive que l'intervention est réalisée dans son intérêt et en fonction de ses buts. En cas de crise, un bon lien de confiance,

jumelé à une bonne connaissance du client et de sa situation, permettra d'éviter des situations compromettantes.

La création d'un lien de confiance dans la relation thérapeutique entre le client et le professionnel semble importante en ce qui concerne la sécurité de ce dernier. Mais de quoi s'agit-il? Alors que les professionnels parlent surtout de « lien de confiance », il se retrouve dans la littérature davantage sous les appellations « alliance thérapeutique » ou « relation thérapeutique ». Rodgers et al. (2010, p.1) définissent l'alliance thérapeutique comme étant « la qualité de la relation entre le patient et son thérapeute, ainsi que leur accord sur les buts et les tâches de la prise en charge ». Plusieurs facteurs influencent l'installation de l'alliance thérapeutique, notamment les caractéristiques du client (par exemple, ses diagnostics, ses capacités relationnelles et sa motivation), celles du travailleur social (par exemple, sa flexibilité, son ouverture et son respect) et l'interaction de ces caractéristiques dans la relation (Rodgers, 2010). L'alliance thérapeutique a un effet positif sur le changement et améliore les résultats de l'intervention (Norton, 2013). Elle aide avec l'implication du client et avec la progression de l'intervention. De plus, les habiletés acquises par le client dans sa relation thérapeutique pourront être transférées aux autres relations de sa vie. Norton (2013) souligne donc l'importance que les intervenants développent les habiletés nécessaires à la création de l'alliance thérapeutique pour permettre la croissance et le changement chez le client.

Crevier (2010) relève le fait que d'offrir les services à domicile aide à la création du lien de confiance et de l'alliance thérapeutique. La proximité créée par le domicile réduirait la méfiance par rapport à la menace que représente l'intrusion du travailleur

social dans le chez-soi du client. Il semble réaliste d'affirmer que le lien de confiance sera au service des travailleurs sociaux, mais aussi des autres professionnels de la santé.

Enjeux cliniques

Pour ce qui est des enjeux cliniques, Morin et al. (2009) ont noté que les intervenants ne se sentent pas outillés pour faire face aux dangers susceptibles d'être rencontrés dans leur pratique à domicile. Des recommandations sont faites quant au savoir-faire des intervenants. Parmi les attitudes permettant de favoriser une intervention optimale dans les situations décrites précédemment, on retrouve l'empathie et l'adaptabilité (Morin et al., 2009). Le calme et l'écoute active doivent être pratiqués de façon à inspirer la confiance au client (CNESM, 2013). Pour établir une alliance thérapeutique bénéfique, le travailleur social doit faire preuve de flexibilité, d'honnêteté, de respect, d'ouverture, de chaleur, d'intérêt et d'assurance, de même que d'empathie, de congruence et d'estime du client (Rodgers, 2010). L'utilisation de techniques telles que le reflet, la clarification et la reformulation permettent de bien comprendre les propos du client (CNESM, 2013). Lorsque la personne présente des signes d'agressivité, il importe de tenter de la pacifier, de lui permettre de ventiler et d'exprimer ses émotions. Une bonne connaissance de soi et de ses limites est un atout majeur pour l'intervenant. Allen (2008) souligne que l'observation et la débrouillardise sont des aptitudes cruciales au soutien à domicile, alors qu'elles le sont moins lors de rencontres dans un bureau. Enfin, Morin et al. (2009) rappellent que l'intervenant doit être sensible au style de vie de la personne et respecter son intimité et son intégrité en lui permettant de s'adapter progressivement à son entrée dans son *chez-soi*.

Ensuite, la question de la supervision et de la formation a été soulevée par plusieurs des auteurs consultés lors de cette recherche. Comme il a été mentionné précédemment, les intervenants doivent apprendre de nouvelles compétences puisque l'intervention s'est déplacée de l'institution vers le domicile. Ils doivent donc développer des « savoirs de proximité » (Morin et al., 2009). Crevier (2009) parle de développer des compétences en lien avec la reconnaissance des situations à risque, de connaître les impacts de ces risques tant sur l'intervenant que sur le client, de développer sa conscience de soi et des autres et de développer des stratégies pour y faire face. Les connaissances, habiletés et valeurs nécessaires pour l'intervention à domicile devraient revêtir une plus grande importance dans le curriculum des étudiants en service social (Allen, 2008). Notamment, cette auteure mentionne les bénéfices d'avoir une formation sur les techniques permettant d'assurer sa sécurité et sur les défis liés aux frontières entre l'intervenant et son client. Posséder de telles connaissances permettrait de diminuer le stress des intervenants, surtout pour les débutants.

En plus de la formation, la supervision clinique revêt une importance particulière lors de ces situations complexes. L'INSPQ (2005) souligne le besoin d'avoir un accès à du soutien-conseil spécialisé et à l'information nécessaire pour se rendre sur les lieux d'intervention. Comme plusieurs usagers présentent des profils psychiatriques, il faut avoir un accès à des services spécialisés pour obtenir un diagnostic et des traitements lorsque nécessaire, dans des délais raisonnables. Brown (2014) souhaite la création de comités aviseurs pour discuter des cas complexes, uniformiser les pratiques et partager de l'information. En effet, il est crucial que les intervenants aient des espaces de discussion pour exprimer leurs malaises, analyser les risques et effectuer un retour sur les

interventions (CNESM, 2013; Allen, 2008). De plus, comme certaines des situations nécessitent l'intervention de plusieurs acteurs, les intervenants devront aussi apprendre à travailler en interdisciplinarité et à savoir quand avoir recours à quelle instance (INSPQ, 2005; Brown, 2014).

Une bonne préparation permettra donc de mettre en place les conditions pour une intervention plus sécuritaire à domicile. L'entrée dans le domicile d'un client ne se fait pas au hasard et sans précaution (Morin et al., 2009). Le CNESM (2013) propose cinq principes pour assurer sa sécurité : se protéger, évaluer, prévoir, prendre le temps nécessaire et se centrer sur la personne. Avant l'intervention, il faut se préparer en prévoyant le nécessaire, en ayant une bonne connaissance de son client, et en informant d'autres personnes de son itinéraire entre autres. Pendant l'intervention, il faut mettre en place les nombreuses recommandations mentionnées précédemment en lien avec le savoir-faire et le savoir-être. Après l'intervention, il faut savoir comment se débarrasser adéquatement des protections souillées, par exemple les gants, et prendre un moment pour faire un retour sur ses pratiques de façon individuelle ou en supervision.

Enjeux éthiques

Finalement, les questionnements de nature éthique sont fréquents en intervention à domicile. D'abord, Demailly (1998) mentionne le risque d'appréhender un métier relationnel comme celui du travail social dans une perspective marchande, où il existe un besoin impératif de satisfaire son client. Nous constatons aussi que dans les conditions actuelles du réseau de la santé et des services sociaux, les intervenants font face à une « obligation de résultats et à un impératif d'uniformité des pratiques » (Crevier, 2009, p.

25). Dans cette optique, il serait intéressant de se questionner pour savoir jusqu'où le travailleur social doit aller dans son devoir d'offrir le service au client, dans un contexte où sa sécurité est compromise. A-t-il la possibilité de refuser de donner un service si la situation dépasse son niveau de confort personnel? Et advenant son refus de donner le service, recevra-t-il l'appui de l'institution face à cette décision? D'un autre côté, le travailleur social serait l'intervenant le mieux habilité à intervenir auprès des clientèles vulnérables du fait de son approche ouverte et accompagnante (Brown, 2014; Day, 2012). D'autres professionnels qui utilisent des approches plus autoritaires ou punitives tels les policiers n'obtiendraient pas de résultats aussi concluants. Le travailleur social, sachant qu'il possède les meilleurs outils pour aider le client, se retrouve donc coincé entre sa propre protection et le besoin du client.

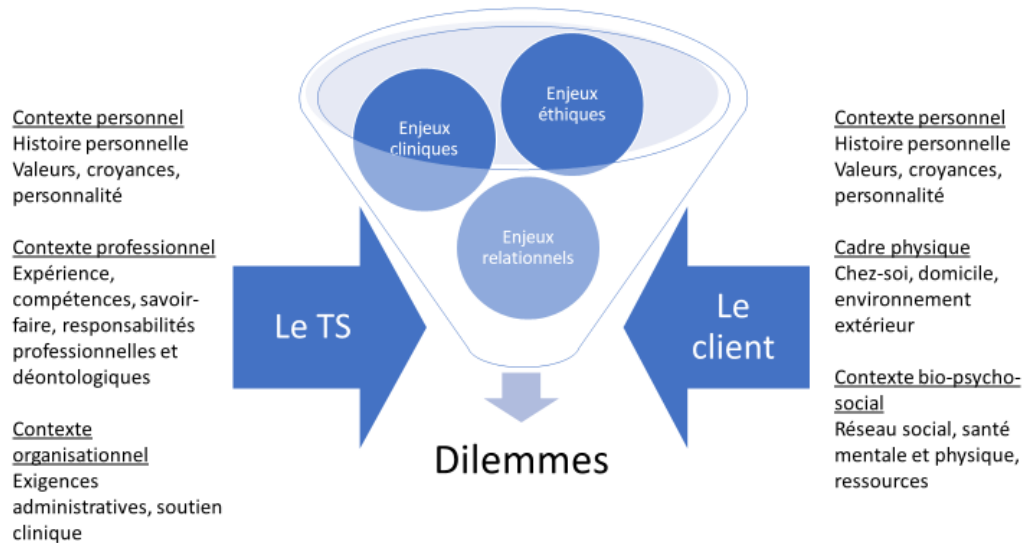
Un second enjeu éthique concerne le fait que les intervenants du CISSS exercent en contexte volontaire et sont tenus à la confidentialité. Day (2012) nous rappelle effectivement que plusieurs personnes présentant les conditions abordées dans ce document refusent les services offerts. Pour réussir à intervenir avec elles, les travailleurs sociaux ont souvent investi beaucoup d'énergie pour établir une relation de confiance. Ils sont habiletés à retirer une personne de son milieu sans son consentement si elle représente un danger pour elle-même ou pour autrui. Cependant, ils sont aussi sensibles à la réalité de la personne, à son style de vie parfois marginal, et essaient « d'adopter une attitude favorisant l'intégrité de la personne et en évitant d'être trop intrusive » (Morin et al., 2009, p. 41). Ils se retrouvent donc déchirés entre les dangers qui menacent la personne, et eux-mêmes par la même occasion, et une approche d'empowerment et d'autodétermination de leur client. Ils marchent donc sur le fil, entre sécurité et

autonomie, qui menace de se rompre à tout moment. L'implication d'autres intervenants dans le dossier, par exemple les policiers, les pompiers ou la municipalité, comporte aussi un enjeu délicat en ce qui a trait à la confidentialité et à la préservation de la confiance du client.

3.3. Cadre conceptuel

Le contexte d'intervention au soutien à domicile, les préoccupations soulevées dans la problématique et la littérature amassée ont permis de dégager plusieurs thèmes pertinents aux questions de recherche. D'abord, les menaces potentielles à la sécurité des travailleurs sociaux à domicile pourraient être liées à quatre éléments : la nature de l'intervention à domicile, le cadre physique, l'intrusion dans l'intimité et la relation thérapeutique. Ces éléments sont soumis à la perception de chaque intervenant et sont donc hautement subjectifs. Cependant, la subjectivité n'enlève rien à la détresse qu'ils vivent lorsque se présentent ces situations. Lorsque celles-ci sont vécues par les travailleurs sociaux, de nombreux enjeux sont susceptibles d'être rencontrés. Ces enjeux peuvent être regroupés en trois catégories : relationnels, cliniques et éthiques.

Figure 1 : Cadre conceptuel



Le schéma représente les différents facteurs qui semblent influencer le sentiment de sécurité des travailleurs sociaux lorsqu'ils se rendent au domicile des clients. Le travailleur social possède son propre bagage, son histoire personnelle, ses valeurs, ses contraintes professionnelles et son expérience. Le client aussi apporte à la rencontre son bagage personnel, mais aussi le cadre physique où se tient l'entretien, une appropriation particulière de son chez-soi, de même qu'un contexte bio-psycho-social plus ou moins complexe. La rencontre de ces 2 univers est susceptible de générer de nombreux enjeux relationnels, cliniques et éthiques. Les réflexions qui émanent de ces différents enjeux peuvent poser des dilemmes plus ou moins complexes à résoudre pour les travailleurs sociaux. Les décisions qu'ils prendront auront un impact sur leur sécurité qu'ils en soient conscients ou non.

Lorsqu'ils sont confrontés à des situations à risque, les dilemmes qui ressortent ont le potentiel de générer un niveau plus ou moins élevé de détresse et d'insécurité. Il est

donc possible d'affirmer qu'un milieu de travail qui met à la disposition de ses intervenants des moyens pour appréhender ces dilemmes aidera à réduire la détresse et le niveau d'insécurité qu'ils rencontrent. Le fait de posséder les connaissances et aptitudes nécessaires au contexte d'intervention, d'avoir des guides de pratiques et de prévention appropriés et d'avoir du soutien clinique pour mieux réfléchir sur ces enjeux devrait donc être positif. À l'inverse, l'absence de ces facteurs devrait contribuer à augmenter la détresse et l'insécurité des travailleurs sociaux, ce qui aura aussi des conséquences négatives sur son intervention. La méthodologie présentée dans ce qui suit permettra de répondre à nos questions de recherche et à renforcer les hypothèses proposées.

CHAPITRE 4 : MÉTHODOLOGIE

4.1. Stratégie de recherche

Afin de répondre à la question de recherche sur les enjeux et dilemmes éthiques liés à la sécurité des travailleurs sociaux au soutien à domicile et aux objectifs mentionnés dans la partie précédente, une approche qualitative a été retenue. L'approche qualitative est valorisée lorsque l'on tente de saisir l'expérience des personnes dans leur contexte et sur le terrain (Paillé, 2006). Contrairement à d'autres types de méthodes qui visent à confirmer des hypothèses ou à recueillir des données précises, cette approche sert le plus souvent à décrire, à ouvrir les réflexions sur un sujet, à élargir les connaissances et à prendre conscience d'aspects auxquels nous n'aurions pas pensé autrement (Quivy, 2006). De plus, la recherche qualitative permet non seulement de comprendre les problèmes et les besoins d'une clientèle, mais la considère aussi comme « agents actifs dans la connaissance de leur propre situation et dans le processus de résolution de leurs problèmes » (Poupart, 1998, p. 10). La participation à ce projet de recherche aura donc le bénéfice supplémentaire pour les participants de réfléchir sur leurs pratiques professionnelles et d'être conscientisés à la problématique de la sécurité à domicile.

Plus particulièrement, nous avons opté pour une recherche qualitative inductive, ou recherche-induction tel que nommé par Poupart (1998). Il s'agit de tirer une théorie plus large à partir d'observations et de réflexions rapportées par les participants de l'étude. Ce type de recherche est généralement utilisé pour décrire la logique de pratique des travailleurs sociaux à travers leurs interventions et les dilemmes qu'ils rencontrent. Ceci est particulièrement pertinent en présence d'une problématique peu circonscrite

comme celle qui nous concerne actuellement. Ici, l'attention est portée davantage sur les enjeux liés à leur contexte de pratique qu'à leurs interventions précises.

La forme de recherche qualitative dite exploratoire est également toute indiquée dans le cas présent puisqu'elle vise l'acquisition de nouvelles connaissances lorsqu'une problématique est peu connue ou peu documentée (Poupart, 1998).

4.2. Échantillon

Un échantillonnage raisonné a été utilisé afin de sélectionner les participants. Il s'agit de sélectionner des participants dans la population étudiée qui présentent une bonne diversité ainsi que des points de vue assez variés pour enrichir notre étude (Quivy, 2006). En ayant des profils de participants différents, il est ainsi possible de faire un meilleur tour de la question de recherche jusqu'à l'obtention d'un certain niveau de saturation empirique des données (Desrosiers, 2014). Ceci signifie que les entrevues réalisées ont permis de bien cerner le sujet et d'avoir assez de matériel pour procéder à une analyse étoffée. La visée n'est donc pas la saturation empirique complète, mais bien l'obtention de données permettant de dégager des réflexions qui pourront éclairer le champ de pratique exploré et éventuellement être transférables à d'autres contextes d'intervention. Comme la présente recherche est de nature exploratoire, il est souhaitable d'obtenir une variété d'expériences plutôt que d'interviewer une grande majorité de travailleurs sociaux du Québec ou un échantillon représentatif de ceux-ci. D'ailleurs, ces dernières possibilités dépassent amplement le cadre d'un projet de maîtrise.

L'échantillon est composé de 12 travailleurs sociaux dans les programmes de soutien à domicile au sein du CISSS de la Montérégie-Est. Ce nombre de participants est

jugé adéquat et réaliste considérant la visée exploratoire du projet de recherche et les exigences liées à un projet de maîtrise. Les participants sont issus des équipes de soutien à domicile pour personnes âgées en perte d'autonomie puisqu'on y retrouve une clientèle très variée, dont une certaine proportion souffre de problématiques de santé mentale. Les participants ont été rencontrés selon leur volonté de participer à la présente recherche.

Le critère d'inclusion principal a été le fait d'être un travailleur social, membre de l'Ordre des travailleurs sociaux et thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec (OTSTCFQ), qui exerce ses fonctions dans un programme de soutien à domicile au sein du CISSS Montérégie-Est. Afin d'avoir une diversité de points de vue chez les participants et dans une perspective d'échantillonnage raisonné, ceux-ci ont été sélectionnés en fonction de leur nombre d'années d'expérience (plus ou moins expérimenté), leur genre (des hommes et des femmes), leur milieu de travail (urbain, banlieue, rural) et le type de clientèle rencontrée (aisée, défavorisée). Les participants devaient donc présenter un profil différent les uns des autres. Un critère d'exclusion devait être appliqué lorsqu'une personne souhaitait participer au projet, mais aurait été impliquée dans une situation où sa sécurité aurait été compromise de façon sérieuse dans les 6 derniers mois. Nous croyons que le participant serait trop près de notre thématique, ce qui pourrait biaiser son interprétation et raviver des souvenirs pénibles. Tous les participants qui ont manifesté leur intérêt pour la recherche respectaient les critères d'inclusion. Ceci est possiblement lié au fait qu'ils étaient clairement indiqués sur l'affiche de recrutement. En ce qui concerne le critère d'exclusion, puisque personne ne présentait ce type de profil, personne n'a été rejeté pour cette raison. Puisque les participants présentaient des profils variés, le recrutement a été cessé lors de l'atteinte du

nombre 12. Aucun participant n'a été exclu pour avoir présenté un profil trop similaire à un autre. Toutefois, le recrutement dans un même CLSC a été cessé lorsque 3 ou 4 participants étaient issus d'un même établissement.

Les chefs de programmes ont été contactés par téléphone et par courriel pour leur expliquer la démarche. L'affiche explicative leur a été remise (Annexe A) et ils l'ont distribuée et affichée dans leurs locaux. Ils en ont discuté avec des travailleurs sociaux de leurs équipes directement ou nous ont référé aux spécialistes en activités cliniques ou coordonnateurs cliniques de leur secteur afin que ceux-ci fassent le lien. Les travailleurs sociaux référés selon leur volonté de participer au projet de recherche ont été contactés directement par téléphone. Dans certains cas, des participants ont mentionné à leurs collègues leur appréciation de leur participation, ce qui a permis de recruter davantage de participants. Les 12 participants rencontrés proviennent de 4 CLSC différents sur une possibilité de 6 sur le territoire sélectionné au départ. Un chef de programme a refusé la participation des membres de son équipe en raison de la surcharge de travail actuelle. L'autre chef n'a pas réussi à recruter de travailleur social intéressé malgré son intérêt pour la recherche.

Tous les participants ont affaire à des clients plus aisés et défavorisés. Nous avons rencontré 3 travailleurs sociaux exerçant en milieu rural. Nous avons rencontré 3 travailleurs sociaux exerçant en banlieue immédiate de Montréal, donc un milieu urbain. Nous avons rencontré 4 travailleurs sociaux d'une banlieue plus éloignée, qui couvre à la fois des villes plus aisées et des villages plus ruraux. Les 2 autres participants couvrent l'ensemble du territoire et croisent donc l'ensemble de la clientèle âgée du CISSS.

Dix femmes et 2 hommes ont été rencontrés. Ceci représente bien la réalité de la profession où les femmes sont en nombre nettement supérieur. En effet, le dernier rapport annuel de l'OTSTCFQ (2016b) fait état de près de 87% de membres féminines inscrites. Leur moyenne d'âge est de 36 ans, le plus jeune étant âgée de 22 ans et le plus vieux de 48 ans. La moyenne d'années d'expérience se situe à 9,75 ans, se situant entre 1 an et 17 ans d'expérience. Certains participants avaient cumulé d'autres années d'expérience dans un autre secteur, par exemple en enfance-famille ou en hôpital, ou avait travaillé dans une autre profession de la santé avant d'effectuer un retour aux études en service social, par exemple comme éducateur. Ceci aura permis aux participants d'avoir un regard comparatif avec d'autres milieux et d'autres professions.

4.3. Méthode et outils de collecte de données

L'instrument à utiliser dans une recherche de nature exploratoire, ainsi que dans une recherche-induction, est l'entrevue semi-dirigée, qui permet de recueillir de l'information riche et nuancée (Poupart, 1998; Quivy, 2006). Cette méthode convient pour l'atteinte de nos objectifs de recherche qui visent à connaître les perceptions des travailleurs sociaux sur les enjeux de sécurité. De plus, il est possible de relancer et de demander des précisions sur leur vécu et perceptions. Selon Quivy (2006), cette méthode convient particulièrement lorsque l'on souhaite analyser un problème précis, par exemple la sécurité des travailleurs sociaux au domicile, à travers les différents points de vue et enjeux. Une grille d'entrevue a été utilisée (Annexe B).

Pour conduire les entrevues semi-dirigées, des vignettes cliniques fictives ont été utilisées. Leur utilisation permet au chercheur de contrôler les thèmes abordés et de

s'assurer que chaque participant a les mêmes bases de discussion (Ekanga, 2013). En combinant l'usage d'une grille d'entrevue traditionnelle et de vignettes cliniques, la recherche peut ainsi bénéficier d'une meilleure validité interne et externe. Moins complexes que l'observation directe, elles permettent également d'évaluer de façon convaincante le contexte de pratique des professionnels. Les réflexions qui en découlent devraient donc être assez près de la réalité. Un autre avantage est le fait qu'elles soient peu dispendieuses en termes de ressources et de temps (Evans, 2015). La vignette place une distance entre le personnage et le participant, ce qui offre une protection à ce dernier (Bradbury-Jones, 2014).

Les vignettes (Annexe C) présentent 3 cas cliniques ayant différents niveaux de complexité sur lesquels les participants sont appelés à émettre des réflexions. Elles ont été construites en s'appuyant sur la recension des écrits, sur notre expérience clinique et sur celle de travailleurs sociaux de territoires ne faisant pas partis de notre échantillon. Les vignettes sont courtes, factuelles et claires, mais juste assez vagues pour que les participants puissent les interpréter à leur façon (Bradbury-Jones, 2014). Les vignettes ont ensuite été validées pour confirmer leur réalisme et authenticité auprès de plusieurs travailleurs sociaux. Ceci a ainsi permis d'augmenter la validité interne de la recherche, tel que suggéré par Evans (2015) et Mah (2014). Elles ont été utilisées vers la fin de l'entretien et ont servi à enrichir la discussion sur les enjeux et dilemmes relevés. Ceci devait aussi servir à éviter le recours à leurs expériences professionnelles et le risque d'un bris de confidentialité.

Les entrevues ont été réalisées auprès des travailleurs sociaux des milieux cités précédemment. Le temps prévu pour la réalisation des entrevues était d'une heure à une

heure et demie et variait en fonction de la quantité d'information que chaque participant était en mesure de fournir. Les entrevues ont été enregistrées en format audio de façon à faciliter la retranscription pour l'analyse. Pour réaliser les entrevues, le choix d'un lieu de rencontre a été déterminé en fonction des préférences de chaque participant. Les entrevues se sont toutes déroulées sur le lieu de travail des participants, ce qui devait favoriser la proximité et minimiser les pertes de temps pour ceux-ci. Les employeurs ont tous acceptés de libérer leurs employés pour qu'ils puissent participer à l'entrevue sur leur temps de travail. Ils n'ont donc pas eu à subir de conséquence négative à ce niveau. Les entrevues ont eu lieu dans un local réservé à l'intérieur des établissements où travaillent les participants ou dans leur propre bureau lorsque leurs collègues étaient absents. Il n'a pas été nécessaire d'utiliser les alternatives prévues comme la réservation d'un local à l'Université de Sherbrooke à Longueuil ou dans une bibliothèque locale, ni le domicile du participant.

Les entretiens ont été guidés par les objectifs de la recherche, tout en laissant assez d'espace aux participants pour parler de leur réalité (Quivy, 2006). Comme il s'agit d'une recherche exploratoire, il était souhaitable que les participants puissent élaborer sur leurs propres réflexions, concepts et cadres de références. Une entrevue trop étroitement dirigée aurait plutôt eu tendance à centrer leurs propos sur les idées préconçues du chercheur et rendre ainsi l'exploration inutile. Les thèmes que l'on retrouve dans le cadre conceptuel ont été regroupés dans un guide d'entrevue et dans les vignettes cliniques fictives. Ceci a permis à l'interviewer de guider la rencontre, de recentrer la discussion et de relancer les participants. Les questions demeurent larges et ouvertes et n'induisent pas les réponses voulues de la part du participant (Quivy, 2006). Le guide d'entretien rédigé

pouvait être revu au fur et à mesure de la collecte de données selon l'apparition ou non d'éléments nouveaux et pertinents. Les mêmes vignettes ont servi à alimenter l'entretien pour tous les participants.

4.4. Analyse des données

Les données ont été réfléchies à partir d'une analyse de contenu. Ce type d'analyse « offre la possibilité de traiter de manière méthodique des informations et des témoignages qui présentent un certain degré de profondeur et de complexité » et permet de satisfaire davantage aux « exigences de rigueur méthodologique » que d'autres méthodes (Quivy, 2006, p. 202). Elle permet d'aller au-delà des apparences et de dépasser la première impression (Bardin, 2013). Avec l'analyse de contenu, il est donc possible d'enrichir l'exploration et de prouver en quelque sorte l'hypothèse de départ. L'analyse de contenu est fréquemment utilisée pour analyser les enjeux et les composantes d'une situation problématique, comme c'est le cas dans cette recherche. Une analyse thématique permet de regrouper l'information obtenue en catégories de façon à faire ressortir les éléments pertinents (Paillé, 2003). Par exemple, le type de menaces perçues, les dilemmes soulevés ou les outils à leur disposition. Ainsi, tel que soulevé dans Bardin (2013, p.40), le texte est passé à la « moulinette de la classification » pour introduire un ordre dans le désordre apparent, ce qui est relativement simple, mais long.

Pour faire l'analyse de contenu, les entrevues avec les travailleurs sociaux ont été retranscrites verbatim. La thématisation a été faite au fur et à mesure que se sont déroulées les entrevues dans un processus itératif. Des catégories sont ressorties

naturellement en fonction des objectifs de recherche et des thèmes abordés dans le guide d'entrevue. Les entretiens ont été annotés dans un processus de préanalyse, lors de la première lecture.

Suivant la méthode de Bardin (2013), chaque entretien a, dans un premier temps, été décortiqué pour faire ressortir les éléments d'intérêt, qui ont été distribués dans les différentes catégories selon une grille d'analyse prédéterminée en lien avec le cadre conceptuel. Dans un second temps, les éléments de chaque entretien ont été regroupés par thèmes de façon à faire ressortir les similarités ou divergences entre les participants. Les données recueillies pouvaient ainsi être mises en relations avec le cadre conceptuel décrit précédemment et permettre une meilleure compréhension de notre objet de recherche.

4.5. Critères de rigueur scientifique

Dans un projet de recherche qualitatif comme celui-ci, lorsqu'il est question de critère de scientificité, l'on parle davantage de critère de rigueur scientifique (Gohier, 2004). Les paramètres à aborder sont la crédibilité, la transférabilité, la constance interne et la fiabilité. Afin d'assurer la crédibilité du présent projet de recherche, notre expérience terrain personnelle et celle d'autres travailleurs sociaux du soutien à domicile a été mise à profit. Ceci a permis d'être bien ancré dans la réalité des participants de l'étude et d'utiliser leur langage. Les vignettes cliniques ont été construites à l'aide de la recension des écrits, mais aussi à partir de diverses expériences vécues et racontées. Elles ont aussi été présentées à divers intervenants du soutien à domicile ne faisant pas partie de l'échantillon, afin d'assurer leur réalisme face à la réalité de la pratique. La transférabilité, qui réfère à la validité externe, est un élément important de la présente

étude. Ce projet a comme objectif ultime l'amélioration de la pratique. Bien que l'échantillon soit limité et qu'on ne puisse s'assurer, du fait de l'ampleur du projet, de la saturation théorique entière, les réflexions qui émanent de l'étude permettront de mieux comprendre le contexte d'intervention et suscitera une prise de conscience des enjeux qui y sont associés. Ces réflexions seront transposables à d'autres contextes d'intervention similaires, en protection de la jeunesse ou pour le travail infirmier par exemple, et pourront servir de tremplin dans des études subséquentes de plus grande envergure.

La constance interne a été atteinte par l'utilisation d'un même guide d'entretien qui a servi pour tous les participants. Ce guide est formé des mêmes vignettes cliniques abordant les mêmes thèmes. Cependant, l'étude étant exploratoire, il est à noter que des questions de précision ou de relance ont été ajoutées en fonction des informations fournies par les participants. Il n'y a eu qu'une seule personne responsable de la passation des entrevues. Celle-ci s'est efforcée de limiter les variations d'une entrevue à l'autre et est demeurée critique dans ses observations et interprétations. Elle a noté les éléments particuliers dans un cahier à cet effet immédiatement après celle-ci, pour y référer au besoin lors de l'analyse. Enfin, la fiabilité a été assurée en tentant de demeurer le plus objectif possible face au projet de recherche. Bien que certaines hypothèses soient présentes par rapport aux résultats attendus, nous avons été en mesure de maintenir un processus d'objectivation afin de ne pas biaiser les données collectées, tant dans l'observation que dans l'analyse. Les données ont été triangulées par le biais du travail de direction du projet de maîtrise. De plus, les résultats seront discutés avec le milieu de pratique pour les confirmer, mais aussi comme façon de redonner aux participants.

4.6. Considérations éthiques

La présente recherche s'adresse à des participants travailleurs sociaux professionnels qui ont un niveau de scolarité collégial ou universitaire au minimum. De façon générale, ils sont familiers avec les enjeux de la recherche, mais s'intéressent surtout aux enjeux de la pratique. La recherche souhaite l'amélioration de leurs pratiques, ce qui devait représenter un avantage pour eux et les inciter à y participer. Une rétroaction sera prévue pour leur transmettre les résultats de la recherche une fois celle-ci terminée. Le fait de participer à l'entrevue devait leur permettre d'adopter une posture réflexive quant à leurs pratiques professionnelles. Ceci constitue un bénéfice puisque les intervenants ont rarement l'occasion de le faire. Cette réflexion pouvait être mise à profit dès leur retour sur le terrain parce qu'ils ont été conscientisés sur les enjeux liés à leur sécurité dans leur travail.

Il existe peu de risques ou de désavantages à une participation à ce projet de recherche. Il est possible qu'elle ait entraînée une contrainte de temps pour les travailleurs sociaux et les gestionnaires qui ont déjà un horaire très chargé. Il a fallu qu'ils soient libérés de leurs tâches le temps de l'entrevue. Ceci a possiblement pu entraîner une augmentation du stress vécu dans leur milieu de travail, soit face à leur charge de travail ou vis-à-vis leurs gestionnaires. Nous nous sommes assuré que leur participation soit approuvée par leurs supérieurs et que les entrevues se déroulent à un moment qui leur était opportun. Il était possible que certains travailleurs sociaux aient vécu des situations plus difficiles et participer à un tel entretien aurait pu raviver des souvenirs pénibles. Avant les entretiens, nous nous sommes assurés de disposer des informations d'une personne ressource dans le milieu de travail de chaque travailleur social, de façon à

pouvoir les référer en cas de besoin. Par exemple, une conseillère clinique ou le programme d'aide aux employés.

La notion de confidentialité est très importante. Nous sommes tenus de ne pas divulguer d'information sur les personnes à moins qu'il y ait présence d'un danger pour elle-même ou pour autrui. Les travailleurs sociaux pouvaient nous fournir des informations sensibles par rapport au fonctionnement de leur milieu de travail et au soutien clinique qu'ils reçoivent ou non. L'anonymat devait être garanti pour éviter que certaines affirmations ne se retournent contre eux, notamment s'ils dévoilent des mauvaises pratiques tenues dans leur institution. De plus, par le petit nombre de participants, ceux-ci pourraient être facilement identifiés. Des précautions ont été prises à cet égard, notamment en dénominalisant les entretiens et en évitant d'associer les citations aux lieux précis ou aux personnes.

Nous avons obtenu une approbation du comité d'éthique à la recherche du CISSS Montérégie-Centre qui agissait de façon temporaire pour le CISSS Montérégie-Est. Les participants ont signé un formulaire de consentement à la participation au projet de recherche (Annexe D). Celui-ci leur explique en détail le projet de recherche, les avantages et inconvénients d'y participer, de même que leurs droits. Ils en ont tous conservé une copie et peuvent nous contacter ou contacter les mécanismes de plaintes en tout temps.

CHAPITRE 5 : RÉSULTATS

Les résultats sont présentés selon les 4 objectifs de recherches. Les catégories principales et les sous-thèmes qui y sont reliés proviennent de la grille d'analyse rédigée à partir du cadre conceptuel. Les citations de verbatims sont utilisées afin de bien saisir le sens des résultats.

5.1. Objectif 1 : Documenter et identifier les enjeux de sécurité perçus par les travailleurs sociaux au soutien à domicile

5.1.1. Position et discours des travailleurs sociaux sur le danger

Avant de débiter l'énumération des dangers perçus par les travailleurs sociaux, il est pertinent de s'intéresser à la façon dont les participants nomment les « dangers ». Ils ne parlent pas nécessairement de situations dangereuses, de risques ou de menaces, mais utilisent différents termes ou expressions s'y rattachant, qui ont été répartis selon différentes catégories.

Lorsque les intervenants parlent du danger, ils l'abordent davantage comme un potentiel de danger plutôt que des dangers absolus. Des expressions telles « des éléments qui peuvent nous mettre en danger », « quelque chose qui peut être dangereux » et « ça peut devenir un danger » réfèrent effectivement à des possibilités. À d'autres moments, les travailleurs sociaux nomment plus clairement l'existence d'un danger, que ce soit par leur perception « je ne me suis pas bien sentie, en danger », leur évaluation de la situation « ça a l'air dangereux » ou un degré « ça va être plus dangereux ». Sans parler

nécessairement de dangers, les participants utilisent différents qualificatifs pour décrire des situations particulières, tels « des choses bizarres », « des affaires traumatisantes », « choses qui peuvent surprendre » ou « ça peut être une situation impressionnante ».

Dans la même veine, la notion de risque comme possibilité s'exprime notamment par « c'est délicat comme contexte, mais c'est sûr qu'il y a des risques » et « ça peut représenter un risque ». Pour certains intervenants, il y a une hiérarchisation des risques « je ne trouve pas qu'il y ait un gros risque menaçant ». Il en va de même pour la menace. « Le milieu peut être menaçant » exprime un potentiel de dangerosité, alors que « je me sentais menacé » exprime un sentiment au regard du danger. Des intervenants nuancent l'importance de la menace « ma vie a déjà été menacée, mais je n'ai jamais eu peur ». En opposition aux termes à connotation plus négative s'insère celui de la sécurité. Son absence se fait sentir dans des expressions comme « je ne me suis pas sentie en sécurité dans un milieu » et « je sentais que ma sécurité pouvait être compromise ».

Ensuite, la peur est présente chez tous les participants à un moment ou un autre, par exemple « on peut avoir plus peur ». Sa survenue est très variable d'une personne et d'une situation à l'autre. Parfois, les participants ne nomment pas la peur en tant que telle, mais ont des expressions qui manifestent un certain inconfort telles « pas que j'ai peur, mais je trippe pas », « tu te sens pas nécessairement confortable » ou « une situation qui m'inquiète ». D'autres situations suscitent chez eux une certaine difficulté comme « j'étais pas capable », « on a de la misère » et « c'est pas agréable ». Leur perception du danger s'exprime aussi de façon plus indéfinie, par des « inquiétudes, des interrogations, des inconforts, espèce de feeling, plus inconfortable, quelque chose qui t'agace ».

Dans ces situations, les participants expriment certaines réactions pour parler du danger. Il peut s'agir de malaises, par exemple « tu es craintif aussi. Il y a un malaise, on n'est pas bien dans ce milieu-là » et « je suis loin d'être à l'aise ». Une personne nuance « c'est pas un malaise, c'est une prudence supplémentaire... je n'aurai pas le *shake* ». À d'autres moments, le danger s'exprime par la mention du stress, notamment « ça monte mon niveau de stress ». Les participants expriment différents ressentis tels que « je ne me suis vraiment pas senti bien », « ça peut peut-être te troubler », ou « ça peut l'impressionner ». Ces situations surprenantes génèrent des réactions comme « je serais plus petite dans mes culottes », « tu dois avaler de travers » et « c'est clair que le cœur me débat ».

Enfin, certains travailleurs sociaux interprètent le danger en termes de conséquences. Une participante résume la globalité des risques pour sa sécurité :

« Pour notre sécurité en tant que professionnel, au niveau éthique, au niveau déontologique, au niveau de ce que nos ordres nous demandent aussi, mais aussi au niveau de la personne. Ma sécurité a été compromise, pas ma sécurité physique, elle aurait pu l'être, mais ma sécurité émotionnelle. »
Participante 09

Les participants expriment des contradictions à plusieurs reprises. Ils interprètent les notions de dangerosité de façon très variée, tel qu'exprimé par « ça n'a pas rapport avec ma sécurité, mais je ne me sens pas bien. La ligne est mince entre pas bien te sentir, être en danger et la réalité ». Aussi, il est difficile pour presque tous les intervenants de voir les enjeux de sécurité pour eux-mêmes puisqu'ils sont souvent centrés sur le client « c'est pas sécuritaire, mais ce n'est pas plus sécuritaire pour l'intervenant que pour la cliente ».

La grande variété de mots, d'expressions et d'émotions utilisée pour décrire ce qui peut représenter un danger pour les travailleurs sociaux à domicile a été relevée. Cet exercice a servi à situer la variation de perception d'un individu à l'autre. Ceci aidera à mieux comprendre les enjeux soulevés dans ce qui suit.

5.2.2. Les dangers perçus par les travailleurs sociaux au soutien à domicile

Le discours des TS permet de constater qu'une grande variété de termes est utilisée pour parler des dangers qu'ils rencontrent en se rendant au domicile des clients. Nous les avons interrogés pour savoir ce qu'ils considèrent comme potentiellement dangereux pour eux-mêmes. Les résultats abondent pour la plupart dans le même sens que ce qui avait été ressorti dans la recension des écrits.

Dangers liés à la nature de l'intervention à domicile

Le fait de devoir intervenir à l'extérieur des murs de l'institution à laquelle les TS sont rattachés entraîne son lot d'enjeux de sécurité. D'abord, le fait de se rendre au domicile du client comporte en soit un potentiel de danger. Certains domiciles se retrouvent dans des lieux isolés qui sont plus difficiles d'accès et où il est plus embêtant d'obtenir de l'aide en cas de besoin.

« Tu es en campagne, loin de tout, si tu cries, personne ne va m'entendre, je suis pas en bloc appartement ou dans les résidences Soleil. Je sortirais dans le corridor à courir. » Participant 10

En plus du fait de devoir se rendre dans des lieux isolés, le fait de prendre sa voiture augmente les risques, que ce soit d'avoir un accident en se rendant ou de rencontrer des intempéries.

« Il neige, des champs de chaque côté, des tempêtes de neige, tu roules là-dedans. Je ne veux pas être en panne dans un champ. » Participant 01

Une fois rendu au domicile, l'intervenant fait face à des entrées et des escaliers non déneigés ou gelés en raison du verglas, le client n'ayant pas le temps ou la capacité physique ou mentale pour s'en occuper. L'environnement ou le quartier entourant le domicile peut représenter une source de danger également, tel qu'en témoignent les participants suivants.

« Les voisins qui argumentent bruyamment, je veux dire, ils peuvent sortir et se battre ou quoi que ce soit. Dans les blocs à immeuble, on ne sait pas ce qui se passe ailleurs, on ne peut pas contrôler ça. » Participant 06

« Une place à prostitution, des deals de drogue. Je suis rentrée, c'était un monsieur qui faisait comme 350 lb, puis il y avait une batte de baseball en arrière de la porte. Lui, je n'étais pas très en sécurité, surtout que ça montait en haut, ça faisait des deals de drogue. » Participant 07

En arrivant au domicile, les participants nomment l'importance de valider s'ils sont à la bonne adresse et devant le bon client. À quelques reprises, des inquiétudes ont été soulevées face à un client qui ne répond pas à la porte. Il se peut que la personne en soit incapable pour plusieurs raisons, comme en témoignent ces participants.

« Le fait que la dame ne se déplace pas pour nous ouvrir la porte est aussi, en soi, je pense, un problème, parce qu'on ne sait jamais ce qu'il y a l'autre bord de la porte non plus. On ne sait pas trop où s'en aller non plus, on ne sait pas trop comment est la personne, on ne la voit pas. Le fait de ne pas voir la personne quand on arrive, le fait qu'elle ne nous accueille pas. » Participant 02

« Je suis arrivée à domicile et la porte de l'appartement était ouverte, entrebâillée et je suis rentrée, ce que je n'aurais pas dû faire. La personne s'était enlevée la vie. » Participant 09

Les travailleurs sociaux ont souvent très peu d'informations sur la personne qu'ils vont rencontrer et s'en vont donc vers l'inconnu, sans la protection du milieu institutionnel. Ils s'y rendent seuls la plupart du temps, ce qui les place dans une position

plus vulnérable. À moins d'avis contraire, personne ne sait où ils s'en vont et quand ils sont sensés revenir. Un participant faisait remarquer que les personnes âgées ont tendance à barrer la porte après l'avoir fait entrer, par habitude. Cependant, ça peut poser un problème s'il doit sortir en vitesse. Il en va de même si une personne devait bloquer sa voiture dans l'entrée. D'autres participants mentionnent le fait de pouvoir se faire identifier comme étant un danger potentiel pour eux. Les gens voient leur voiture et peuvent ainsi les repérer ou les suivre. Le caractère imprévisible des visites à domicile comporte un certain niveau de risque. Les TS rencontrés s'entendent pour dire qu'il est difficile de tout prévoir et qu'il faut apprendre à vivre avec cette incertitude.

« J'étais arrivé juste après le facteur, quand il a reçu sa lettre de la SAAQ qu'on lui enlevait son permis. Le timing, on ne venait pas longtemps avant d'avoir une rencontre avec la gériatrie et il a associé que c'est ma faute. Il n'était vraiment pas content. » Participant 06

Intervenir à domicile comporte également son lot de surprises en lien avec l'entourage du client, notamment lorsque « tu as donné un rendez-vous à quelqu'un, puis tu as tous les membres de la famille qui sont là quand tu arrives » (Participant 05). Dans ce cas, c'est davantage un stress lié à l'imprévu que vit le travailleur social, mais dans d'autres cas, l'entourage du client peut devenir problématique et représenter un danger. Certains peuvent manifester des comportements d'agressivité alors que d'autres peuvent avoir des troubles de comportement liés à une problématique de santé mentale par exemple. Ces témoignages en font état.

« Le fils qui est arrivé intoxiqué, agressif, qui *garochait* les chaises dans maison et qui lui a montré qu'il avait un gun, pas cool! » Participant 03

« Le fils avait une problématique de santé mentale, il avait la schizophrénie, il avait des antécédents de violence envers certains intervenants. » Participant 06

L'agressivité des familles envers les intervenants semble rarement physique, mais il arrive que ces derniers subissent de l'agressivité verbale, des menaces, des insultes et des cris, en personne, au téléphone ou sur leur boîte vocale. Les proches sont souvent frustrés par la lenteur du système et retournent cette frustration sur eux. Dans ces situations, ils ne se sentent pas nécessairement menacés et évaluent que cette frustration n'est pas contre eux directement. Ils ne savent pas toujours non plus si leur client est seul à la maison et cela peut représenter une certaine incertitude.

« Le bruit en haut, je m'interrogerais c'est quoi, qu'est-ce qui a fait ce bruit-là, c'est tu un cadavre? C'est tu quelqu'un qui est en haut qui se cache? » Participant 11

Lorsque ce n'est pas les familles, il s'agit parfois d'un colocataire ou tout autre personne de l'entourage du client sur lequel les travailleurs sociaux n'ont aucune information.

« Les proches. Le milieu dans lequel ils baignent. Des toxicos *effoqués* sur le divan. Tu ne sais pas qui peut arriver et dans quel état il peut arriver non plus. Des proches, amis, voisins. » Participant 03

De plus, les travailleurs sociaux sont appelés à intervenir en situation d'abus ou de maltraitance. Dans ces situations, les proches ne sont pas toujours heureux de les voir arriver.

« Les premières fois, sont bien fins, c'est après que ça peut se gâter, quand ils se rendent compte que vraiment tu peux faire quelque chose s'il y a de l'abus. » Participant 10

Les proches abuseurs peuvent donc représenter une certaine menace pour les travailleurs sociaux qui tentent de mettre fin à l'abus. Le proche qui a beaucoup à perdre pourrait essayer d'entraver le travail du TS ou de se venger pour les pertes encourues.

Enfin, la plupart des participants ont nommé la présence d'armes comme représentant un danger pour eux. En cas de crise, une personne peut sortir une arme à feu ou une arme blanche, comme un couteau de chasse. Ils nomment que les gens peuvent posséder des fusils de chasse ou des haches, surtout en milieu rural. Tout peut se transformer en arme, un bâton, une chaise ou des accessoires de cuisine par exemple.

« [Une arme de chasse] c'est un moyen létal, ça ne pardonne pas, c'est pas des médicaments, tu comprends ce que je veux dire? Ça peut aller très vite et ça peut être autant pour lui que pour moi. » Participant 09

Les travailleurs sociaux ne savent pas toujours qu'il y a des armes au domicile ou qu'ils sont en présence d'un danger potentiel. En contrepartie, la présence d'armes à feu au domicile ne représente pas nécessairement un danger et il n'est pas toujours nécessaire de le savoir.

« Tant que la personne ne se déconditionne pas, c'est pas tout le temps grave qu'il y en ait. Si elles sont rangées, il n'y a pas de menace, rien ni nous ni pour la personne. » Participant 10

Donc il semble que les armes à feu ne soient pas toujours un danger, mais en cas de crise, elles peuvent le devenir. Les informations fournies par les participants permettent donc de soutenir le fait que se rendre au domicile du client comporte des enjeux de sécurité non négligeables pour le travailleur social à différents niveaux.

L'intrusion dans l'intimité et l'agressivité

Le travailleur social qui se rend au domicile du client entre dans le territoire de celui-ci, dans son chez-soi. Ceci peut représenter une menace pour le client et affectera sa réponse et son degré d'ouverture envers le TS. Les exigences du programme de soutien à domicile n'aident pas ce sentiment, tel qu'en témoignent cet extrait.

« Les gens n'apprécient pas quand on commence à faire le tour de la maison, regarder dans le frigidaire, ça habituellement ils n'aiment pas bien ça. Dès qu'on fait une intervention qui est intrusive pour la personne, si on creuse trop et trop rapidement, ça peut les faire sauter. » Participant 02

Une telle intrusion dans l'intimité, combinée à la méfiance et à l'anxiété d'un client, peut mener à toutes sortes de réactions, notamment de la colère et de l'agressivité. Bien que les travailleurs sociaux rencontrés démontrent leur reconnaissance du domicile comme étant le domaine du client, leurs propos ne mettent pas de l'avant le thème du chez-soi en lien avec leur sécurité. Ils expriment toutefois l'importance de prendre en considération et de respecter ce chez-soi et le mode de vie de la personne.

En général, l'agressivité du client est l'un des premiers dangers soulevés par les participants et semble plutôt évidente à repérer. De la même manière que pour les proches et l'entourage, l'agressivité envers le travailleur social se manifeste de diverses façons. Le client peut avoir des gestes violents comme lancer un objet, « sauter dessus » ou « frapper par terre, frapper la chaise ». Il peut aussi faire des menaces, des insultes ou engueuler le travailleur social assez violemment. D'autres rapportent avoir vécu du harcèlement.

« Un client qui m'a laissé des menaces sur mon répondeur. Je me suis fait traiter de tout ce qui existe sur la planète. 'Je vais te tuer ma câlisse!' Tellement en colère! Je vais te suivre et je vais faire sauter ton char! » Participant 10

Cela peut aussi être sous forme de découragements ou de manque de respect. En revanche, la majorité des participants n'y voient pas nécessairement un danger pour eux-mêmes, mais bien une façon d'exprimer leur colère ou leur mal-être à accueillir avec leur savoir-faire professionnel. Cependant, ils remarquent que quelqu'un qui est en colère peut être imprévisible, donc représenter un certain risque.

« Des situations où les gens ont changé, décompensé, ont essayé de me frapper. La madame m'a agrippé. Elle m'a grafigné. » Participant 11

L'agressivité du client peut avoir plusieurs causes autres que la colère. Il se peut que les évaluations nécessitent un certain niveau de confrontation comme en témoigne cet extrait.

« On est beaucoup dans la confrontation. La personne qui a des problèmes de comportement et qui ne comprend pas trop, que l'autocritique est plutôt limitée, ils peuvent réagir à ces confrontations-là, se sentir menacé. Ils peuvent se sentir attaqué si ce n'est pas administré avec doigté. Ça peut susciter des crises d'agressivité, ça peut exploser. » Participant 02

Les aptitudes du travailleur social, telles que la capacité à créer un lien de confiance ou la gestion de crise, sont donc primordiales pour neutraliser une escalade. D'autres éléments propres au client peuvent mener à l'agressivité. Les personnes présentant des déficits cognitifs, qu'ils soient dus à une forme de démence ou à une autre maladie, peuvent générer des troubles de comportement. Le manque d'autocritique et d'introspection, la difficulté de compréhension et de jugement, l'inaptitude, la confusion et le délirium sont autant de symptômes qui affectent la perception d'une personne sur la situation et la rendent plus imprévisible.

Aussi, les problématiques de santé mentale des clients peuvent mener à des comportements plus dangereux pour le travailleur social. Les problématiques nommées par les participants sont les troubles de personnalité limite et autres troubles de personnalité, un état dépressif majeur avec ou sans tentatives de suicide, la toxicomanie, la paranoïa et la schizophrénie. Aussi, le syndrome de Diogène¹ revient dans toutes les entrevues, mais davantage en lien avec l'insalubrité que l'agressivité. En lien avec les

¹ Le syndrome de Diogène correspond à un comportement acquis de négligence de l'hygiène corporelle et de l'habitat aboutissant à des conditions de vie insalubres. Il se rencontre chez l'adulte jeune et âgé (Beauchet et al., 2002, p. 122).

facultés affaiblies, les participants soulignent que la consommation d'alcool, de médication et de drogue peut rendre les clients plus prompts et imprévisibles. À l'opposé, un client qui n'a pas pris sa médication peut devenir plus instable.

Lorsque toutes ces conditions sont mises ensemble, cela peut représenter tout un défi sur le plan de l'intervention, mais aussi pour la sécurité du travailleur social qui y est soumis.

« Une clientèle plus intense, t'arrive là, c'est parce que tu n'as pas juste la personne âgée. Tu as l'aidant qui arrive bien gelé, ce n'est pas uniquement la personne, tu as ce qui gravite autour. Puis ça, santé mentale, intoxication, rajoute des pilules de personnes âgées par-dessus ça, ça fait des méchants cocktails plus intenses et non négligeables. Surtout avec des troubles cognitifs et des atteintes frontales en plus, quand c'est le côté agressif qui prend le dessus et qu'il n'y a pas de moyen de rationaliser ça, c'est pas évident. » Participant 02

En résumé, l'intrusion dans l'intimité du client peut mener à toutes sortes de réactions de sa part, dont l'agressivité. La façon dont le client réagira à cette intrusion est modulée par plusieurs facteurs, notamment ses facultés cognitives et mentales. La complexité des « cas » rencontrés au soutien à domicile représente un enjeu supplémentaire pour le TS.

Le cadre physique du milieu

Il n'y a pas que le client qui peut représenter un danger pour le travailleur social, l'environnement dans lequel il vit l'est parfois davantage. Aux premiers abords, les participants voyaient les dangers pour le client, mais se sont rendu compte que ça pouvait représenter un danger pour eux-mêmes aussi. D'abord, la bâtisse elle-même peut avoir été négligée depuis plusieurs années, tant à l'intérieur qu'à l'extérieur.

« Quand un mur est ouvert et qu'il y a des trucs qui pendent, puis quand tu es dans la maison, tu vois par terre dehors et tu es au 2^e étage. Puis que tu marches sur une planche, puis elle *curve*, elle est semi-craquée... Y avait de l'eau, les globes de lumières c'étaient un bol de poisson rouge à l'envers tellement y avait de l'eau dedans. Le mur, le gypse, la peinture, je passais mes doigts sur le mur, mes doigts étaient blancs tellement c'était mouillés, tellement y avait de l'eau qui rentrait dans cette maison-là, le plancher était défoncé. » Participant 03

Dans ce genre de situation, les participants nomment ressentir du stress et de l'inconfort, ce qui peut avoir un effet sur la réalisation d'une intervention optimale. Sans avoir été négligé, il peut toutefois y avoir de l'encombrement plus ou moins abondant, rendant la circulation plus ardue dans le domicile et augmenter le risque de chute tant pour le client que le TS.

« Le monsieur qui refaisait son plancher, donc tu étais sur le rough, différentes dénivellations au niveau de plancher, des machines, une espèce de scie qui traînait avec le fil. » Participant 08

L'encombrement peut aussi mener à des risques d'incendies et rendre une sortie précipitée plus difficile, comme en témoignent ces extraits.

« Toute sortes de comportements farfelus, dont il ouvre ses calorifères au bout et ouvre ses 4 ronds de sa cuisinière et son four et il ouvre la porte. Il fait à peu près 40 dans son appartement... il n'a pas de gicleurs, il est dans un sous-sol, super lugubre... très très noir, petit escalier exigu, je pourrais avoir de la misère à sortir de là rapidement, c'est super encombré. » Participant 09

Lorsqu'ils abordent l'insalubrité, l'un des premiers réflexes des participants est de nommer les punaises. Il peut aussi y avoir d'autres insectes, des souris et des animaux de toutes sortes, porteurs ou non de maladies possiblement transmissibles aux humains. Il peut y avoir des champignons, de la moisissure et, de façon plus dramatique, des épidémies de microbes ou de virus. Ces éléments sont plus difficiles à repérer au premier regard.

« Mais avant que je réalise qu'il y a des punaises, j'étais déjà assise probablement sur le nid. » Participant 10

La contamination peut aussi provenir d'une maladie que le client a, en lien ou non avec le milieu de vie, par exemple une infection à *c. difficile*² ou autre, voire même une hépatite ou le sida. La personne peut présenter des plaies.

« Des gens qui ont des plaies et qui ont des soins X, ils ne font pas de distinction entre l'infirmière et la TS... Les liquides corporels on fait attention. » Participant 05

Par rapport aux liquides corporels, les participants mentionnent la présence d'urine sur les meubles, dans laquelle ils risquent de s'asseoir. Son odeur peut emplir un domicile au point de devenir très désagréable pour l'intervenant. Il peut s'agir de celle du client, mais aussi des animaux présents dans l'environnement.

« L'urine, je ne pense pas que c'est nocif une visite d'une heure... les chats urinaient dans le sous-sol, ils avaient pas de litière, ils faisaient caca, il y avait une fenêtre toujours ouverte. Il y avait à peu près 15 chats. C'est sûr que le taux d'ammoniac était très très élevé à en être nocif pour la santé. » Participant 05

L'incontinence chez une personne incapable de se changer et de se laver correctement peut devenir rapidement un problème, tant pour la personne que pour les visiteurs. D'autres odeurs indisposent les participants, notamment dans un milieu fumeur.

Aussi, pour des gens en perte d'autonomie et avec des déficits cognitifs, la gestion du réfrigérateur peut devenir problématique et entraîner d'autres odeurs.

² La bactérie *clostridium difficile*, appelée *c. difficile*, est une infection nosocomiale. Les personnes âgées y sont plus vulnérables que les jeunes en santé. Elle « se transmet à partir des mains contaminées de la personne souffrant de diarrhée. Le personnel et les visiteurs peuvent se contaminer les mains lors de leurs contacts avec la personne malade ou en touchant à certains objets de son environnement (ex.: chasse d'eau, robinets, poignées de porte) » (MSSS, 2017, sans page).

« Une odeur de viande qu'il y avait dans le frigo qui ne fonctionnait plus depuis longtemps... les fenêtres étaient fermées, il faisait chaud, c'était l'été... » Participant 01

Les participants nomment plusieurs facteurs reliés au client qui permettent d'expliquer pourquoi ceux-ci vivent dans de tels environnements. Parfois, ces conditions découlent d'un mode de vie au long terme, de marginalité, de misère sociale, de sous-éducation ou de pauvreté.

« Puis les personnes âgées, on n'a pas tendance à penser qu'ils peuvent soit être négligents ou avoir une histoire de vie qui fait qu'ils ont toujours été marginaux, ou encore des troubles cognitifs qui fait qu'ils ne sont plus capables de s'entretenir. » Participant 03

Ces témoignages démontrent aussi que ces conditions peuvent survenir à la suite d'une perte d'autonomie ou aux troubles cognitifs survenus avec l'avancée en âge de la personne.

La présence d'animaux au domicile a été nommée par tous les participants, mais à différents niveaux. Les chiens et les chats reviennent le plus souvent. Certains ont tout simplement peur des chiens ou n'aiment pas les chats et sont mal à l'aise en leur présence. Sans être un danger, ils doivent réussir à passer par-dessus leurs appréhensions. Dans d'autres cas, les animaux sont réellement dangereux, comme des chiens de garde. Les animaux peuvent aussi être porteurs de puces ou de maladies que les milieux soient insalubres ou non.

Les entrevues réalisées permettent de prendre conscience que ce type de domicile ne se retrouve pas seulement en milieu rural comme le pensent plusieurs, mais aussi en ville, en banlieue et dans les milieux plus aisés. Bien que la majorité des clients rencontrés par les TS vivent dans des milieux tout à fait adéquats, tous les participants

rapportent avoir rencontré ce genre de milieu à un moment ou un autre dans leur carrière plus ou moins longue.

5.2. Objectif 2 : Explorer les enjeux professionnels et éthiques liés à la présence d'éléments non sécuritaires en intervention à domicile

Dans la recension des écrits, ressortent 3 types d'enjeux présents en lien avec la sécurité en intervention à domicile : les enjeux relationnels, les enjeux cliniques et les enjeux éthiques. Dans ce qui suit, seront présentés les enjeux qui émanent du discours des participants.

5.2.1. Enjeux relationnels

Lorsqu'ils abordent les enjeux relationnels avec les clients à domicile, les participants soulignent en premier lieu l'importance de créer un lien de confiance, comme dans toute relation thérapeutique. Il peut être plus ou moins facilité par le fait d'être dans un lieu moins stricte qu'une institution de santé. Toutefois, à domicile, créer le lien de confiance peut parfois nécessiter que le travailleur social baisse ses propres protections.

« Je me verrais mal rester dans l'entrée ou être sur mes gardes. Je vais chez eux pour créer un lien. Je pense que, dans ma personnalité, je ne cherche pas le conflit, plutôt faire équipe. C'est peut-être pour ça que ça n'arrive pas, j'ai une bonne clientèle de toute façon. Les gens ont des besoins et on est là pour leurs besoins. » Participant 10

L'intervenant devrait donc être en mesure de juger jusqu'où il peut aller dans l'intérêt de la création du lien de confiance, tout en ne se mettant pas trop en danger. Il faut savoir être vigilant, sans le démontrer. Un participant s'efforce de préserver sa vie

privée, de ne pas trop se dévoiler au client par précaution, tel que démontré dans l'extrait suivant.

« Dans le bottin, je pensais mettre mon numéro confidentiel, parce que j'habite dans le coin... Je ne parle jamais de ma vie personnelle, mais ils savent que j'ai un garçon. Ils ne savent pas si je suis mariée, si je suis séparée, ils savent rien de ma vie 'oui, mon copain', même si j'en ai pas. Ils ont peu d'information sur moi, 'où est-ce que tu habites?' 'Dans la région'. S'ils me croisent, tant mieux, je leur dis bonjour. Ça, c'est un moyen que je prends, parce que j'habite sur mon lieu de travail. »

Participant 12

Il y a donc un équilibre entre se dévoiler pour faciliter la création du lien de confiance et la protection. Également, à domicile, les travailleurs sociaux se font offrir à manger et à boire dans des conditions de salubrité parfois incertaines. Ils reçoivent aussi des demandes particulières de leurs clients, ce qui les place dans une position délicate, comme le témoigne l'exemple suivant.

« On m'a déjà demandé d'amener quelqu'un en voiture [pour l'amener au répit] et j'avais refusé. Je ne voudrais pas être responsable d'un accident et que la personne se blesse. J'ai dit non parce qu'on ne sait jamais ce qui peut arriver. Ça ne me tente pas d'avoir à gérer une crise sur le bord de la route, pour prévenir les incidents. »

Participant 11

Ceci fait aussi référence à la question des frontières plus floues en contexte d'intervention à domicile. Plusieurs participants mentionnent que le contexte volontaire du soutien à domicile fournit un cadre plus sécuritaire que celui de la Direction de la protection de la jeunesse (DPJ) par exemple. Ils soutiennent que leur présence est souhaitée dans la majorité des cas et qu'ils reçoivent de façon générale un bon accueil. Cependant, la demande provient parfois de la famille, d'un ami ou d'un voisin et peut ne pas être très bien accueillie par le client.

« On a un petit peu poussé la personne à recevoir les services, soit par la famille, soit par le milieu hospitalier, puis ils ne veulent pas nous voir. On n'est pas toujours les bienvenus. »

Participant 01

Donc, il ne faut pas toujours prendre pour acquis que la personne est heureuse de voir arriver le travailleur social, bien que ce soit le cas pour la majorité des clients, selon les participants. Pour se protéger, le travailleur social doit aussi être capable de se faire respecter des clients. Comme ces derniers sont dans leur chez-soi, ils possèdent une certaine autorité sur la situation et peuvent dépasser les bornes. Certaines situations nécessitent d'être ferme pour la maîtriser.

« Mon ton plus ferme, ça a aidé. J'ai montré que je n'étais pas déstabilisé. Le ton, le fait que je sois un gars, ça a joué, mais une fille qui serait arrivée là et qui aurait eu le même ton que moi aurait eu le même résultat. »
Participant 11

Pour éviter que les gens n'abusent d'eux et de se placer dans des situations non désirées, les travailleurs sociaux doivent apprendre à mettre leurs limites, de la même façon qu'ils doivent clarifier les frontières. Chacun d'entre eux a des limites personnelles différentes et il importe de les faire respecter. Il peut s'agir de mettre des conditions en prévision d'une prochaine visite avec le client, par exemple qu'il n'ait pas bu avant son arrivée. Il peut s'agir de nommer ses attentes pour qu'une rencontre se déroule de façon harmonieuse.

« Dire tes attentes en tant qu'intervenante, que tu n'acceptes pas nécessairement que le ton monte et que tu t'attends qu'on puisse avoir chacun notre opinion, mais que ça se fasse dans le respect. » Participant 08

Il peut s'agir de demander qu'une arme soit rangée ou qu'un animal domestique soit sorti de la pièce. Aussi, il peut s'agir de choisir de quitter et de poursuivre la rencontre à un autre moment pour diverses raisons.

Il va de soi que tous les travailleurs sociaux sont différents eux-mêmes, avec diverses particularités personnelles qui vont influencer leur rapport au danger ou leur

niveau de tolérance. Certains sont plus dédaigneux, ont peur des animaux ou ont le cœur plus sensible. Ils sont aussi plus ou moins à l'aise avec certaines problématiques comme le suicide ou la santé mentale. Certains ont des conditions de santé particulières comme des allergies ou de l'asthme. Certaines personnalités aiment le risque et l'aventure, alors que d'autres sont moins confortables avec les confrontations et les conflits et ont tendance à devenir plus anxieux. Certains sont plus naïfs et font confiance plus rapidement, alors que d'autres demeurent plus longtemps sur leurs gardes. Ces particularités vont moduler leurs interventions et vont les amener à adopter des mesures de sécurité plus ou moins facilement.

« Les problèmes de comportement et les problèmes d'accumulation comme ça, j'adore ça. Pour moi, ce sont de très beaux défis, mais je vais pousser loin, mais jamais au point de me mettre en danger. » Participant 02

Dans le cas de ce participant, les limites sont très loin en raison de son aisance avec la situation. Cependant, un autre intervenant ne serait pas à l'aise de pousser si loin. La majorité des travailleurs sociaux sont des femmes. Quelques participantes ont souligné qu'elles peuvent parfois sentir un malaise en présence de certains hommes.

« Étant une femme, ça m'est arrivé souvent quand même de me faire, tu sais, les hommes âgés qui ont quand même des propos déplacés, qui font des allusions sexuelles [...] ou un homme misogyne un peu, qui ne considère pas le point de vue des femmes. » Participant 07

De plus, presque toutes les participantes ont souligné les risques associés au fait d'être enceinte et de devoir se rendre au domicile de leurs clients dans les conditions qui ont été soulignées précédemment.

« J'étais enceinte grosse de même et j'ai été dans un milieu où la dame récupérait tous les chats errants. Elle avait une vingtaine de chats errants malades, une couple qui sont morts pendant ma visite, qui sillaient et râlaient en-dessous de ma chaise. » Participant 10

De façon générale, elles ne sont pas retirées de façon préventive ou assignées à des tâches moins risquées. Certains conseillers cliniques sont plus sensibles dans l'attribution des dossiers, mais ça ne semble pas être la majorité. Il faut toutefois noter que les travailleuses enceintes ne réalisent pas toujours les risques elles-mêmes.

« J'étais enceinte accotée, 35 semaines, j'allais dans un gros cas de santé mentale, quand même un peu de violence envers la personne malade, elle habitait chez sa fille [...] Le médecin a cliqué 'je suis tu la seule qui pense que c'est inadéquat que tu ailles dans ce milieu-là, faut faire un changement d'intervenant, il y a un risque de violence [...] Il y a un risque pour toi et ton bébé'. Mais il n'y a personne, même moi j'ai pas cliqué. »
Participant 12

Le fait d'être enceinte dans ces situations représente donc un risque non seulement pour la travailleuse sociale, mais aussi pour le bébé à naître. De plus, des participants rapportent avoir eux-mêmes des conditions de santé particulières comme des allergies ou souffrir d'asthme. Ces particularités propres à chacun risquent de moduler leur niveau de tolérance et de vulnérabilité dans les situations risquées.

Il est donc important que chaque travailleur social soit conscient de ses propres limites et savoir que les siennes ne sont pas nécessairement celles de l'autre. Toutefois, il y a aussi des différences dans la perception du danger. Un intervenant peut dire qu'une situation est normale tout en étant en présence d'un danger réel. Il y a donc un besoin d'équilibre entre le danger réel, la tolérance de chacun et le besoin de se protéger.

Tous les risques et menaces à la sécurité qui sont abordés dans cette recherche ont inévitablement des conséquences sur les travailleurs sociaux qui y font face. Ces conséquences ont été soulevées par les participants en rapport à leur santé physique et leur santé psychologique, mais aussi sur leur capacité à faire leur travail. Sur le plan de la santé physique, les conséquences sont plutôt évidentes à relever. Les participants

mentionnent avoir déjà vomi en réaction à des odeurs nauséabondes. Les odeurs et la fumée de cigarette ont déjà entraîné des crises d'asthme, des maux de gorge, de la congestion nasale, de la toux et des maux de tête qualifiés d'insupportables.

L'état des lieux peut augmenter le risque de chute autant pour le client que l'intervenant et causer des blessures variées dont des foulures de chevilles. La présence d'animaux sur les lieux peut entraîner des morsures pouvant même requérir de se faire vacciner contre le tétanos ou la rage, par exemple. La présence de vermine et d'insectes augmente les risques de contamination. Les participants ont peur d'amener des punaises de lit chez eux ou chez d'autres clients et de contaminer leurs propres animaux domestiques avec des puces par exemple.

« Si je vois des punaises, mais ça ne se voit pas, je serais mal à l'aise. Je me dirais que je ne veux pas amener ça chez nous, j'ai des enfants. »
Participant 11

Les conséquences peuvent aussi être d'ordre psychologique. Les participants rapportent vivre du stress dans de telles situations. Ce stress peut être momentané, mais aussi perdurer dans le temps sous forme de stress post-traumatique, tel que rapporté par un participant ayant trouvé un client qui venait de se suicider.

« C'est un gros stress post-traumatique que j'ai vécu en début de carrière [...] j'ai été en thérapie pour ça [...] j'ai vécu cet événement là comme une agression. J'ai vraiment eu l'impression d'avoir été violentée, je n'étais pas préparée à ça, j'étais jeune [...] Je m'en suis bien sortie, mais ça va toujours rester une empreinte [...] j'ai été tant ébranlée que j'aurais pu laisser le service social. » Participant 09

Vivre un tel stress et être confronté à ce genre de situations a un impact sur la vie personnelle des travailleurs sociaux. Un participant remarque les répercussions suivantes.

« Il y a beaucoup d'alcoolisme chez les travailleurs sociaux [...] à peu près 75% des filles sont sur les anti-dépresseurs [...] C'est plus difficile si toi tu n'es pas en état [...] Tu as toute ta vie à l'extérieur. » Participant 01

Ce chiffre est approximatif et provient de la perception du participant. Cependant, Auclair (2017) cite de nombreux auteurs (Bouchard, 2017; Lacoursière, 2017; APTS, 2016) sur le fait que 60% des TS qui travaillent dans le réseau de la santé et des services sociaux rapportent un niveau de détresse psychologique élevé ou très élevé et qu'ils se sentent en surcharge de travail. Ceci serait attribuable aux réorganisations dans le réseau de la santé, mais il est possible de constater que ce stress s'ajoute au stress qu'ils vivent déjà dans l'exercice de leur profession psychosociale (Auclair, 2017). Le fait d'être dans un tel état d'esprit peut effectivement nuire aux interventions du travailleur social. Ceci le rend de surcroît vulnérable à vivre d'autres événements fâcheux. La qualité de leurs interventions sera diminuée. Plusieurs participants notent qu'en présence de tels dangers ou menaces, ils ne se sentent pas capable de bien faire leur travail et leurs évaluations.

« Je ne servirais pas les intérêts de l'utilisateur non plus si je suis fragile ou si je vis du stress avec ça. Ce n'est pas juste pour moi, c'est pour l'utilisateur aussi, je ne pourrai pas l'aider. » Participant 09

Il est donc pertinent de souligner que la disposition ou la disponibilité émotionnelle du travailleur social au moment où il se présente à la porte du domicile de son client est à considérer.

« La question de comment on se sent, comment je me sens cette semaine. Je suis tu en train de me séparer? J'ai tu mon fils qui va mal? Il faut que tu saches prendre soin de toi. Il faut avoir une vie personnelle relativement calme, avec des gens pas trop problématiques. Il faut se protéger. Il faut se donner des outils personnels. » Participant 01

Un travailleur social qui n'est pas entièrement présent mentalement lors d'une visite à domicile court donc le risque de manquer certains indices ou certains signes de décompensation par exemple. Il se peut qu'ils veuillent se dépêcher à faire leurs évaluations et interventions pour pouvoir sortir d'un milieu problématique le plus

rapidement possible pour plusieurs raisons. Dans un cas, l'intimidation par un proche sur les professionnelles faisait que le service rendu n'était pas adéquat. Elles ont dû demander à un collègue masculin de venir les appuyer lors des visites à domicile. Des interventions faites à la hâte peuvent avoir de lourdes conséquences tant pour le client que pour l'intervenant, notamment sur le plan de la responsabilité professionnelle et déontologique.

5.2.2. Les enjeux cliniques

Dans la recension de la littérature effectuée pour ce projet de recherche, les enjeux cliniques concernaient les compétences des TS, la supervision clinique, la formation et la prévention. Les participants ont répondu à des questions concernant ces thèmes, en voici les résultats.

Les précautions et mesures de protection

Les participants ont été interrogés pour savoir s'ils utilisent des moyens de protection ou font preuve de précautions particulières lors de leurs visites à domicile. D'emblée, ils répondent presque tous ne pas en utiliser, en utiliser très peu ou ne pas en avoir à leur disposition. En réfléchissant, ils réalisent qu'ils en prennent plus qu'ils pensaient, la majorité se faisant de façon instinctive ou inconsciente, par réflexe. Plusieurs de ces réflexes de protection leur viennent après avoir travaillé dans d'autres programmes comme Crise-ado-famille-enfance (CAFE) ou à la DPJ.

Les participants rencontrés sont partagés entre 2 philosophies quand vient le temps de se préparer à une rencontre à domicile. Les premiers préfèrent avoir le moins

d'information possible sur le client qu'ils s'apprêtent à rencontrer, alors que les seconds vont tenter d'aller chercher toute l'information existante à ce jour.

« Je ne lis pas les dossiers. Je lis la demande et, dépendamment qui a fait la demande, je demanderai plus d'info. Mais si je sais que c'est des collègues anxieuses ou qui ont tendance à en mettre épais, je ne vais pas leur demander, pour partir vierge... J'ai vu qu'il y avait du monde bien trop anxieux et du monde qui lisait mal des situations. Là, je me faisais un peu de sang de cochon avant d'y aller en me disant 'qu'est-ce qui va se passer' ? » Participant 10

En général, une première approche est faite par l'accueil du soutien à domicile qui collecte des informations sur le client et le motif de la demande. Puis, les participants font venir le dossier des archives ou consultent les notes informatisées pour voir s'il y a eu des interventions réalisées par le passé. S'il y a déjà des intervenants au dossier, un Outil d'évaluation multi-clientèle (OÉMC) a probablement été complété. Il est aussi possible de consulter la famille, en ayant le consentement du client, les autres professionnels au dossier ou le professionnel référant pour obtenir plus d'information.

« Discuter un petit peu du cas, juste pour se faire une tête... J'aime ça aller à domicile et me faire une tête par moi-même. Je reçois les informations, je sais en gros ce à quoi je m'attends, mais c'est important de ne pas tomber dans le jugement des autres intervenants non plus. » Participant 06

Un participant nomme qu'il consulterait volontiers tous ces outils, mais qu'il n'en a généralement pas le temps avant d'aller faire la première visite. Parfois, il n'y a aucune information antérieure et très peu sur la demande de l'accueil. L'information qui leur semble importante à repérer est d'abord de savoir pour quel motif ils doivent s'y rendre. Ensuite, ils veulent savoir s'il y a des antécédents d'agressivité et s'il existe un danger à domicile.

« Si je vois dans les notes au dossier qu'il y a des antécédents de violence par exemple, que l'utilisateur peut être violent, je vais essayer de garder en tête que je prends une certaine distance. » Participant 06

Enfin, lors de la prise de contact, les participants rapportent obtenir de l'information comme le niveau de consentement de la personne, si elle accepte qu'ils aillent chez elle. Certains participants ayant des particularités s'en informent au préalable, par exemple en cas d'allergies ou de problèmes de santé propres à chacun. Ils confirment l'adresse pour s'assurer de se rendre au bon domicile.

Les travailleurs sociaux rencontrés ne semblent pas concernés par une préparation plus approfondie en lien avec leur sécurité. Quelques-uns disent que leur expérience et leur vigilance leur servira une fois au domicile.

« Avoir une idée d'ensemble de la situation... C'est quand je me rends que là je constate qu'il peut y avoir des risques ou non... Quand on a plus d'information au niveau de santé mentale, des troubles de comportements, oui je vais documenter un peu plus s'il y a de l'agressivité, s'il y a des particularités... Je n'ai pas tendance à vérifier pour la sécurité avant de me rendre. » Participant 03

Ils semblent toutefois conscients que n'importe quoi peut arriver. Leur attitude à domicile leur servira davantage que leur préparation.

« C'est toujours une belle boîte à surprise... Je pense que j'y vais et je ne me pose pas trop de question. » Participant 08

Afin d'éviter qu'une situation dangereuse ou non sécuritaire ne survienne, il leur arrive de prendre certaines précautions. D'abord, pour se rendre au domicile, une personne note l'importance d'avoir une auto en ordre remplie d'essence. S'il y a une tempête par exemple, ils peuvent reporter la rencontre habituellement. À leur arrivée, ils font attention à l'endroit où ils garent leur voiture.

« De reculons, prêt à partir, advenant qu'il y a quelque chose, puis idéalement je me mets dans une position qui n'a pas personne qui peut venir se stationner devant moi... s'il y a de la famille ou des gens qui arrivent qui veulent pas que tu sortes, t'es pris, tu peux pas sortir, parce

qu'ils se sont stationnés en avant de toi... toujours avoir nos clés sur nous, nos clés de voiture et non pas dans le fond du sac. » Participant 03

En général, les travailleurs sociaux garent la voiture dans la rue. Pour éviter que des gens mal intentionnés ne repèrent leur voiture, certains participants la garent plus loin plutôt que directement devant la maison. Une personne mentionnait retirer sa vignette de stationnement du CLSC pour éviter d'être identifiée. Dans certains cas, les participants sélectionnent ce qu'ils vont amener ou non au domicile. Par exemple, ils laissent sacoche et portefeuille dans l'auto. Il arrive qu'ils n'amènent rien du tout, pas même leurs documents, encore moins l'ordinateur portable.

« Des fois, je mets juste mon cellulaire dans une poche et mes clés dans l'autre et je rentre comme ça. » Participant 09

Une fois devant le client, ils s'assurent de s'adresser à la bonne personne en faisant une double identification, par exemple en vérifiant leur identité à l'aide d'une carte et en validant avec le client. La majorité des participants souligne le fait de garder ses souliers ou ses bottes à l'intérieur du domicile. Ils recommandent de ne pas mettre son manteau dans la garde-robe et même de le garder sur soi lorsque la situation est plus incertaine. Un participant qui était en présence d'un client potentiellement dangereux souligne les éléments suivants.

« Je gardais mes bottes parce qu'on était en hiver pour être prête à partir. Je restais toujours proche de la porte entre autres. Dès que je voyais qu'il y avait quelque chose qui pouvait faire *snapper* la personne, j'écourtais la rencontre. » Participant 06

De façon plus ou moins consciente, les participants font un balayage visuel pour localiser les sorties, repérer la présence d'autres personnes et collecter de l'information sur le domicile et les risques potentiels. Certains vont choisir de se positionner près de la porte ou entre le client et la porte, de façon à ne pas se faire bloquer le chemin s'ils

doivent sortir. Pour réaliser l'entrevue, ils disent choisir un endroit qui a l'air propre pour s'asseoir, idéalement sur une chaise de bois ou de plastique plutôt qu'un siège en tissu, un coussin ou un divan. Ils ne savent jamais ce qui peut s'y trouver comme liquide corporel ou insecte.

Lorsque c'est impossible, les alternatives sont de demeurer debout ou de s'asseoir sur son sac ou sur une pochette en carton par exemple. En lien avec le fait de se salir ou de se faire contaminer, les participants regrettent l'interdiction de porter des jeans imposée dans la majorité des CLSC.

« Ce qui me fait de la peine, c'est qu'on ne peut plus porter de jeans quand on travaille [...] Mais nous autres on leur a dit 'regarde, quand on va dans des milieux pas propres, les jeans, c'est quelque chose qui se lave bien'. »
Participant 01

À domicile, les travailleurs sociaux se font régulièrement offrir à manger ou à boire. Ils ont tendance à refuser d'emblée, mais certains vont accepter s'ils jugent le niveau de propreté adéquat. Parfois, accepter leur proposition peut servir à créer le lien de confiance. Ils n'utiliseront pas les toilettes à moins d'une situation exceptionnelle. Si le client est fumeur, ils peuvent lui demander de ne pas fumer en sa présence ou d'aérer les lieux avant leur arrivée. En présence d'animaux menaçants, une demande peut être faite pour que le chien soit envoyé dans une autre pièce, attaché ou laissé dans sa cage. En ce qui concerne les armes, ce n'est pas tous les participants qui s'informent de leur présence au domicile. Lorsqu'ils sentent que ça peut représenter un danger pour eux ou pour le client, ils essaient de les faire sortir du domicile.

« Il faut que l'arme à feu sorte de la maison, soit par la famille, soit monsieur accepte de la donner à quelqu'un, soit que ça va être la police qui va la saisir. » Participant 03

Lorsque les travailleurs sociaux savent à l'avance à quoi s'attendre ou s'ils ont des doutes par rapport à leur sécurité, ils peuvent prendre des précautions additionnelles. Ils peuvent informer un collègue ou leur supérieur de l'endroit où ils se rendent et mentionner leurs inquiétudes. De cette façon, ils pourront les retrouver s'il devait leur arriver quelque chose. Ils ont développé des stratégies, notamment de se faire appeler après un certain temps pour valider que tout se passe bien. Tous les participants rapportent garder leur téléphone portable avec eux lors des visites à domicile, au cas où ils en auraient besoin. Ils le gardent à portée de main et veulent pouvoir faire le 911 en cas de besoin, par exemple. Cependant, ce n'est pas tous les travailleurs sociaux du soutien à domicile qui ont un téléphone fourni par leur employeur. Ils utilisent donc leur téléphone personnel. Ils peuvent aussi demander d'appeler sur le téléphone du client ou d'utiliser leur pagette lorsqu'ils en ont une, mais ce serait moins efficace.

« J'ai une pagette, mais je ne peux pas appeler évidemment. Je peux juste recevoir des appels là-dessus. C'est déjà arrivé que je dise à une collègue 'page moi à telle heure'. Donc ça fait une porte de sortie. » Participant 12

Les participantes qui ont vécu une grossesse disent qu'elles ont très peu de mesures adaptées à leur condition lorsqu'elles vont à domicile. Elles continuent de s'y rendre jusqu'au moment de leur congé. L'une d'elle a cependant reçu les directives suivantes.

« Je ne peux pas aller à domicile si les entrées ne sont pas déneigées... toute la clientèle agressive est enlevée et transférée à un collègue... Au niveau des milieux insalubres ou encombrés, d'y aller le moins possible, pour limiter le risque de chutes... Je ne peux pas monter les escaliers plus de 4 fois par jour... Ils me donnent souvent des petits dossiers. » Participant 08

Lorsqu'il est question de précautions, les participants nomment faire preuve de prudence lors des visites à domicile. Ils nomment qu'un état de vigilance s'enclenche au

moment où ils cognent à la porte. Plus ils observent d'éléments potentiellement dangereux ou reçoivent des avertissements au préalable, plus ils sont à l'affût et sur leurs gardes.

Même s'ils prennent toutes les précautions pour préserver leur sécurité, il se peut que les travailleurs sociaux doivent intervenir auprès de leur client malgré les dangers présents. Ils doivent donc mettre en place des mesures de protection qui peuvent prendre diverses formes. D'emblée, ils soulignent les différences avec la sécurité en institution. Ils n'ont pas de bouton panique ou d'agent de sécurité à leur disposition lorsqu'ils en ont besoin. Ils n'ont pas non plus le matériel de protection contre les infections à l'entrée du domicile comme pour les chambres d'hôpital. Ils doivent donc s'occuper de leur propre sécurité.

Du matériel est mis à la disposition des travailleurs sociaux du soutien à domicile. La disponibilité de ce matériel diffère d'un CLSC à l'autre et leur utilisation varie énormément d'un intervenant à l'autre. Le matériel suivant est rapporté par les participants.

- Une couverture
- Un piqué
- Des petits chaussons bleus
- Un masque, N92 ou N95
- Du Vicks en dessous du nez contre les odeurs
- Des gants
- Une bouteille de désinfectant ou Purell
- Une jaquette jaune
- Une chaise pliante

Ce matériel n'est pas toujours efficace et les directives d'utilisation parfois questionnables, comme le témoigne ce participant.

« S'il y a des punaises, je mets un kit, mais ici le kit ça vaut rien. C'est une jaquette qui arrive ici (genoux). Moi, à [ville], j'avais vraiment de la tête

aux pieds, jusqu'à la tête, en blanc, zippé comme ça. Ici, c'est une jaquette. La punaise va venir ici, ça ne donne rien... J'avise toujours (le client). Je fais des *jokes* un peu avec ça 'je vais avoir l'air d'un bonhomme de neige'. C'est sûr qu'il faut le mettre à l'intérieur du logement, ce qui est questionnable. Du moment que tu es rentrée, mettons que c'est très infecté, il est déjà trop tard... Question de confidentialité, il ne faut pas que les voisins voient. » Participant 07

Dans les milieux insalubres, certains participants amènent des vêtements de rechange, mais il faut se déshabiller entre le domicile et la voiture, ce qui n'est pas nécessairement possible. Ils ne transportent pas toujours ce matériel avec eux lors d'une première rencontre et il peut donc arriver qu'ils se fassent prendre sans protection. Aussi, certains participants choisissent de ne pas les utiliser puisqu'il peut y avoir un impact négatif à leur utilisation. Les clients ne comprennent pas toujours pourquoi l'intervenant utilise ce matériel. Leur utilisation peut nuire à l'établissement de la relation de confiance, comme le souligne cet extrait.

« C'est parce que quand on porte un masque, quand on arrive à domicile avec notre masque, pour moi, il y a comme une barrière. Déjà je ne respecte pas qu'est-ce qu'ils sont comme personne, je mets un masque parce que ça pue. Tu sais, je trouve ça délicat. » Participant 05

Lorsque réaliser une entrevue à domicile est plus problématique, en raison de la présence d'une forte odeur ou d'animaux par exemple, les participants sont créatifs et trouvent des alternatives. Les entrevues peuvent être faites dans le corridor, à l'extérieur lorsque la température le permet ou à travers la fenêtre.

« Donc je n'ai jamais été capable de rentrer chez elle. Mais y faisait beau, une journée d'automne comme aujourd'hui. J'ai fait l'entrevue sur la galerie, puis elle était dans maison avec le *screen* ouvert. Non, ça n'a pas été *winner* du tout. » Participant 01

Faire l'entrevue à l'extérieur comporte cependant des enjeux liés à la confidentialité, comme souligne ce participant.

« J'ai fait l'entrevue à l'extérieur, même s'il y avait des voisins, même s'il y avait du monde. Je ne parlais pas fort. Quand il y avait des voisins, j'arrêtais de parler. Je ne suis pas rentrée. Ça faisait son affaire, elle ne voulait pas que je rentre. » Participant 07

Dans d'autres circonstances, il se peut que le travailleur social s'arrange pour faire venir son client au CLSC, en lui payant le taxi par exemple. Cependant, un client qui serait porteur d'une infection ou de punaises peut représenter un risque de contamination pour l'établissement, ce qui représente un autre problème. Un participant a tout simplement refusé d'intervenir tant que le logement ne serait pas décontaminé et les insectes exterminés.

Lorsque le comportement d'un client ou d'un proche représente un danger par exemple, le travailleur social peut demander d'être accompagné lors de ses visites. Il peut être accompagné d'un collègue travailleur social ou d'une autre discipline, d'un supérieur comme le spécialiste en activité clinique, d'un stagiaire ou d'un membre de la famille ou de l'entourage. Il se peut qu'une femme demande à un homme de l'accompagner si elle croit que ça peut faire une différence. À d'autres occasions, il peut être accompagné d'un policier, d'un pompier, d'un ambulancier ou de représentants de la municipalité, selon la problématique.

« Des gens qui veulent pas te laisser rentrer, de fois faut que tu prennes des moyens pour faire ouvrir le logement. Des fois, c'est parce qu'ils ne te répondent pas, tu peux pas les laisser comme ça, tu penses qu'ils sont tombés, qu'ils sont sans connaissance, tu fais ouvrir le logement avec la police. » Participant 04

Lorsque les participants sentent que la situation dégénère ou qu'il y a un danger imminent pour leur sécurité, ils n'hésitent pas à dire qu'ils mettront fin à la rencontre et quitteront le domicile. Ils peuvent trouver un prétexte pour partir ou proposer de remettre à un autre moment la rencontre, quand le client sera sobre ou calmé par exemple.

« Même que, si je ne me sens pas en sécurité, c'est déjà arrivé que je prétextais avoir oublié quelque chose dans mon auto, pour sortir. Finalement, je suis rentrée et 'finalement, je vais devoir quitter, j'ai eu un appel d'urgence'. » Participant 07

Ils auront tendance à profiter de cette occasion pour se référer à leur supérieur ou leurs collègues pour la marche à suivre pour les prochaines fois. Ils pourront rappeler le client en ayant la sécurité du téléphone pour mettre les choses au clair.

Les participants mentionnent régulièrement être leur propre outil de travail. Ils sont donc aussi leur propre moyen de protection. Ils doivent faire attention à l'état dans lequel ils arrivent au domicile pour éviter de compromettre eux-mêmes leur sécurité.

« Tu es sensé connaître ton dossier et d'être capable de savoir à quoi t'en tenir... si tu connais ton dossier et ton client, je pense que tu peux faire la part des choses. » Participant 12

Ils rapportent mettre l'accent sur la création du lien de confiance avec le client et le « gros bon sens » comme moyens de protection. Plusieurs participants soulignent que leur position d'autorité et le contexte volontaire minimisent les risques pour eux.

« On a une étiquette sur nous qui fait que les gens ne sont pas portés à aller trop loin... moi je vais faire une plainte, mais sa femme elle en fera pas. » Participant 01

D'autres participants parlent d'une « protection surnaturelle » et se fient en quelque sorte à leur bonne étoile. Nous aborderons plus loin le savoir-faire et l'attitude à préconiser par les travailleurs sociaux dans les situations plus hasardeuses.

Le soutien clinique

Nous avons voulu connaître les ressources disponibles pour les travailleurs sociaux en termes de soutien clinique pour leur pratique en général et spécifiquement en lien avec leur sécurité. Les participants interrogés font d'abord appel aux ressources

humaines qui les entourent, soit leur gestionnaire, leur spécialiste en activités cliniques (SAC) ou coordonnatrice clinique et leurs collègues. De façon générale, gestionnaires et SAC sont assez disponibles lorsque sollicités, quoique les gestionnaires ne soient pas nécessairement spécialistes des problématiques spécifiques au travail social.

« On a une SAC qui peut nous aider dans des cas complexes... disponible si jamais il y a des situations où on a une urgence. Oui, elle est disponible pour nous aider, nous conseiller au niveau clinique. » Participant 04

Ils vont régulièrement lever le drapeau lorsqu'il y a des situations plus risquées pour les travailleurs sociaux lorsque ces derniers ne s'en rendent pas compte. Dans certains milieux, le poste de coordonnatrice clinique n'existe plus ou a été relocalisé dans un autre établissement dans une autre ville, notamment en raison de la fusion des CSSS reliée à la réorganisation des services de santé et de services sociaux. Ceci pose un problème puisque la distance fait qu'ils connaissent moins bien les intervenants qu'ils supervisent et que ceux-ci auront moins le réflexe de faire appel à eux.

Des participants hésitent à avoir recours à leurs supérieurs lorsqu'ils ont des questions sur leur pratique par peur de réprimandes et parce qu'ils hésitent à exposer leur vulnérabilité.

« Si je sais que je ne serai pas jugé, plus un échange, je vais être plus porté à être transparent. Tandis que si on s'adresse à des personnes avec un statut hiérarchique plus haut, il y a tout le temps une crainte que les choses soient dites aux supérieurs, qui vont venir te voir 'comment ça?' et vu de façon plus contraignante que ressourçante, enrichissante... Ce qui est en place, c'est des mesures de contrôle, faut pas se le cacher, c'est ma perception. » Participant 11

Ceci peut donc représenter un obstacle au recours au soutien clinique disponible dans leur milieu. La confiance envers les supérieurs est donc importante pour se sentir soutenu et appuyé dans ses démarches, tel que le démontre cet extrait.

« C'est ça ici la mentalité. On va donner du service aux troubles de personnalité qui nous appellent et nous harcèlent, ceux qui en demandent pas vraiment on va les laisser niaiser jusqu'à ce qu'il y en ait un qui décompense et qui arrive avec un 12... On ne peut pas récompenser des harceleurs. Mais c'est ça qu'on fait parce que c'est plus simple de lui donner, après ça ils ne rappellent plus. C'est tout ça, le système marche à l'envers parce qu'il y a du monde impressionnable, du monde qui veulent pas avoir de plainte, du monde qui nous soutient pas... l'autre bord va dire le contraire de toi... ça passe par-dessus toi, ça appelle le chef, la boss pour qu'elle lui donne ce que tu lui dis que tu peux pas lui donner, bonjour le soutien... c'est l'orientation du chef qui fait qu'on se sent pas reconnu ou soutenu. » Participant 10

D'autres participants font remarquer que l'attribution des nouveaux dossiers ne se fait pas nécessairement en tenant compte des particularités des travailleurs sociaux, notamment les allergies, les restrictions liées à la grossesse ou l'expérience de chacun.

Les collègues travailleurs sociaux ou d'autres disciplines représentent un soutien clinique important selon les participants. Certaines équipes sont tissées plus serrées que d'autres et s'auto-suffisent en termes de soutien clinique, mais semblent relativement rares. Les intervenants avec davantage d'expérience aident les plus jeunes avec les situations plus complexes.

« Mes autres collègues, je commence alors ils veulent m'aider dans mon début de parcours, alors je ne me sens pas mal à l'aise d'aller demander des trucs aux autres collègues. » Participant 06

Le fait d'être plusieurs professionnels dans un même dossier est aidant dans les situations où il peut y avoir des inquiétudes.

« Je pense qu'un élément qui peut nous aider, c'est de parler ensemble d'un dossier 'écoute, je ne suis pas bien dans ce dossier-là, toi comment tu te sens'. On inclut aussi beaucoup l'auxiliaire qui elle est souvent seule dans un petit milieu fermé. Je trouve que plus on parle du dossier, plus on est ensemble, plus la famille sent qu'il y a une cohésion, qu'on se parle, que l'information circule. » Participant 12

Un participant mentionne avoir fait de la co-intervention avec un collègue qui ne savait pas trop comment intervenir avec son client. Dans le même ordre d'idée, tous les participants ont abordé l'importance pour eux des groupes de co-développement pour apprendre de l'expérience de leurs collègues plus expérimentés. Il semble que c'était un bon endroit pour aborder les questions de sécurité. Malheureusement, rares sont les endroits qui offrent ce type de soutien et ceux qui l'offraient l'ont coupé.

En ce qui concerne les autres formes de soutien à la pratique, un participant nomme avoir parfois recours à l'avocate du réseau de la santé lorsqu'il y a des enjeux juridiques. Les participants qui ont tenté d'obtenir de l'aide de l'OTSTCFQ rapportent ne pas avoir eu de réponse à leurs questions. Enfin, les plus jeunes participants rapportent avoir recours à leurs notes de cours, aux livres et à Internet pour approfondir leurs connaissances lorsqu'ils rencontrent des problèmes.

Plusieurs participants notent que le programme de soutien à domicile de leur CLSC n'offre pas une bonne orientation de départ et d'occasion de se développer comme professionnel.

« Ce que je trouve un peu plate, j'ai été un peu « garoché » dans le milieu, première visite à domicile sans avoir vu personne vraiment, sans formation... avoir plus de *coaching* pour prendre des bons plis au départ. »
Participant 08

Ceux qui ont travaillé dans d'autres programmes comme CAFE ou à la DPJ peuvent faire cette comparaison aisément. Les besoins sont donc nombreux en termes de soutien clinique pour les participants rencontrés dans le cadre de cette étude, et ce peu importe leur niveau d'expérience. Des participants nomment vouloir recevoir du mentorat de la part de collègues plus expérimentés et avoir plus d'occasion de partager leur expérience.

« Des rencontres entre TS, on se rencontre et on se concerte, du co-développement. Il en manque. Il devrait y en avoir plus. De parler de façon pragmatique des choses qu'on vit, des enjeux qu'on vit dans notre travail, de débattre sur des situations vécues, entendre les autres qui ont de l'expérience pour voir comment ils se sont débrouillés là-dedans. Ce serait intéressant. » Participant 11

Il y a donc la question de supervision formelle de la part des supérieurs, mais il existe bon nombre d'autres occasions plus informelles d'obtenir le soutien dans la pratique.

La formation

Avant d'aborder les compétences des travailleurs sociaux pour faire face aux enjeux de sécurité de leur travail, il est d'intérêt de savoir si leurs formations académiques et professionnelles les ont bien préparés. D'abord, il est intéressant de noter que les participants rencontrés ont des parcours académiques assez variés. Plusieurs ont fait un Diplôme d'études collégial (DEC) en travail social ou en éducation spécialisée avant d'aller faire leur baccalauréat (BAC) en travail social. D'autres ont fait un BAC en psychologie, en sociologie ou par cumulatif de certificats, avant d'aller faire une maîtrise en travail social.

Lorsqu'ils sont interrogés à savoir si leur formation académique les a préparés aux enjeux de sécurité de leur travail, les participants répondent d'abord par la négative. Ils s'entendent pour dire que la question de la sécurité n'est pas ou peu abordée durant la formation initiale en travail social. Certains ne se sont pas sentis assez outillés pour entrer en relation avec les gens de façon sécuritaire, alors que d'autres disent avoir appris des éléments théoriques leur permettant de reconnaître les signes d'agressivité par exemple. Il y a des cours d'intervention où les étudiants peuvent pratiquer leurs techniques

d'entrevue et recevoir des commentaires de leurs professeurs. Certains étudiants choisissent leurs cours en fonction d'une orientation particulière qu'ils préfèrent, notamment l'intervention auprès des enfants ou des personnes âgées. Cette orientation influence aussi leurs compétences au soutien à domicile et sur la connaissance de cette clientèle.

« Moi, j'ai orienté mon bac en enfance/famille. Je n'ai rien sur la gériatrie, sur les personnes âgées. » Participant 08

Ceux qui ont une formation en psychologie ou qui ont choisi des cours en ce sens ont pu en apprendre davantage sur la gestion des problématiques de santé mentale.

« On a plus parlé des clientèles en particulier, des clientèles santé mentale... des cours sur les problèmes de santé mentale, sur la façon d'intervenir, donc oui effectivement pour ça. » Participant 02

Les stages ont permis aux futurs travailleurs sociaux d'être sensibilisés davantage aux enjeux de sécurité, notamment pour ceux qui les ont réalisés à la DPJ, en santé mentale et au soutien à domicile. Cela dépendait de la sensibilité du superviseur et du milieu à ces enjeux.

« Je ne sais pas si c'est un aspect qui est vraiment abordé par tout le monde... Est-ce que les superviseurs ont cette notion-là vraiment à enseigner? Je pense que c'est un peu personnel aussi. Ou on en parle vite, on axe sur certains aspects, mais moins sur d'autres, en fonction de notre propre expérience. » Participant 10

Cependant, plusieurs avaient fait des stages en milieu hospitalier ou en institutions. Les gens qui sont passés par une technique rapportent en avoir beaucoup bénéficié en lien avec leur sécurité, notamment dans les cours d'intervention générique et d'intervention de crise. Il y a donc des lacunes à combler dans la formation universitaire des futurs travailleurs sociaux lorsqu'il est question de leur sécurité à domicile et aux manières de faire face aux dangers. Considérant des préparations

variables en milieu scolaire, il serait intéressant de vérifier si ces enjeux sont abordés une fois à l'emploi des CLSC.

De la même façon que pour la formation académique, l'expérience professionnelle des participants rencontrés est tout aussi variée. Certains ont toujours travaillé en CLSC, alors que d'autres proviennent des hôpitaux ou de la DPJ. Selon les participants, il semble que chaque milieu diffère par rapport aux formations qu'ils donnent à leurs employés à l'arrivée, notamment en ce qui concerne la sécurité. Un participant rapporte que la sécurité a été abordé dans l'une de ses premières rencontres avec son supérieur, alors qu'un autre a souvent demandé des formations sur la sécurité et n'en aurait jamais eu. À l'embauche, la formation offerte est très générale et est surtout axée sur la sécurité en institution.

« Une formation obligatoire en ligne... Mais la réalité qu'ils parlent, c'est plus à l'hôpital, donc tout ce qui est liquides corporels, produits chimiques, ça ils nous en parlent. Si on est en contact aussi avec des gens qui ont le sida ou des maladies qui se transmettent par le sang ou par les voies, ça aussi il y a un protocole. » Participant 07

Certaines directives pourraient être transposées au domicile, mais elles ne sont pas présentées de cette façon aux nouveaux employés. Les participants rapportent avoir suivi quelques formations sur leur lieu de travail qui peuvent avoir un lien avec la sécurité : une formation sur les armes à feu par les policiers communautaires, une formation sur l'évaluation des risques suicidaires et du passage à l'acte et une formation sur les problèmes de comportements et l'auto-défense. Parfois, les supérieurs en place organisent des formations maison sur le sujet.

« C'était une mini formation et ensuite, on en avait reparlé ensemble entre collègues et on s'était donné des trucs entre nous. C'était la coordonnatrice clinique qui nous avait donné ça, la façon de garer la voiture, pas la mettre

dans l'entrée, la mettre de façon à ne pas se faire coincer par une autre auto, etc. » Participant 09

Un participant a mentionné qu'il existait une formation (Omega) directement en lien avec le sujet, mais qu'elle n'avait pas pu y avoir accès au moment où elle se donnait. Comme elles sont rarement offertes sur leur milieu de travail, les travailleurs sociaux doivent chercher à parfaire leurs connaissances par eux-mêmes, en s'inscrivant à des formations ou en participant à des colloques. En lien avec leur sécurité, ils aimeraient recevoir des formations sur les sujets suivants : troubles de personnalité, gestion des contagions, précisément sur la sécurité à domicile, gestion de l'agressivité, règlements municipaux et les protocoles en lien avec l'insalubrité, sur l'auto-défense et sur la santé et sécurité lorsqu'il est question de travail à domicile. Tous les participants réclament davantage de formations, d'autant plus qu'un nombre d'heures de formation est exigé par l'OTSTCFQ.

Le savoir-faire et l'attitude

Les travailleurs sociaux démontrent un savoir-faire particulier en lien avec leur profession. Ils ont développé ce savoir-faire avec leurs expériences de vie, leur éducation et leurs expériences de travail, dans leur poste actuel au soutien à domicile, dans d'autres programmes ou d'autres carrières antérieures. Les entrevues réalisées ont permis de mettre en lumière non seulement le savoir-faire et les attitudes nécessaires à l'exercice de la profession de travailleur social, mais plus spécifiquement liés à leur sécurité à domicile.

D'abord, les réponses des participants semblent indiquer que la profession de travailleur social attire un certain type de personnes. En effet, plusieurs commentaires

permettent de déduire que les travailleurs sociaux sont des gens qui aiment l'action et qui sont aptes à gérer des situations complexes, comportant un certain niveau de risque.

« Des chicanes, c'est sûr qu'on gère ça. Comme travailleuse sociale, c'est pas mal notre branche, faire baisser la pression [...] Souvent on va prendre des risques, mais ce n'est pas nécessairement la faute de l'employeur, c'est de la nôtre aussi. On est un peu téméraires par la profession probablement. » Participant 05

Les travailleurs sociaux rencontrés font ressortir le savoir-faire nécessaire à la gestion des situations plus risquées. D'abord, à la base, il faut être à l'aise avec les techniques d'entrevues. Tous les participants soulignent l'importance de savoir créer une relation de confiance avec le client. Pour se faire, les participants parlent de s'asseoir et de prendre le temps avec le client, d'entrer en relation avec des choses simples et d'expliquer qui ils sont, leur rôle et leur désir de les aider. Ils recommandent d'utiliser l'humour et d'éviter de se positionner en expert. Il faut leur démontrer qu'ils sont réellement là pour les aider.

« C'est important de créer le lien de confiance avec monsieur avant d'embarquer dans un questionnement plus pointu. » Participant 03

Si le lien de confiance est installé, il est donc plus facile d'aborder des sujets délicats comme l'état des lieux ou une possible relocalisation. Si le client est en confiance, il risque moins de devenir agressif envers le travailleur social. Il agit donc en facteur de protection. Deux autres éléments très importants pour les participants sont la transparence et la franchise qui servent à renforcer le lien avec le client, mais aussi à laisser au client un certain niveau d'autonomie face à sa situation et l'opportunité de faire des choix. Dans ce cas, le client demeure relativement en contrôle de sa situation et l'intervenant évite de se positionner en expert. Au soutien à domicile, les capacités d'observation sont primordiales.

« On ouvre les yeux, les oreilles, le nez pour essayer de tout retenir ce qu'on voit, ce qu'on entend et tout ça. Ça va faire partie de l'analyse par rapport au danger et à la sécurité à domicile. » Participant 09

La capacité d'observation permet de repérer les indices non seulement dans le cadre physique, mais aussi chez le client pour percevoir s'il est en train de se désorganiser ou de changer.

« Il faut être conscient des changements de la personne et de ne pas hésiter à suivre son instinct et d'écourter la rencontre, à le mentionner aussi si on sent que ça escalade, de le nommer pour essayer de calmer tout ça. » Participant 06

Il faut donc être en mesure de repérer les dangers et de les empêcher de survenir ou de dégénérer à tout le moins.

« Sentir s'il y a une escalade qui peut survenir chez les gens où tu intervies. Être capable de repérer les signes que ça va mal tourner. Tu es plus à l'affût. Tu sais qu'il y a des places qu'il ne faut pas que tu ailles dans l'intervention, parce que ça peut déraiser, ça peut mal tourner. » Participant 04

Pour ce faire, il faut être familier avec les signes d'escalade, savoir comment les désamorcer et avoir les aptitudes pour gérer les situations de crise. Il est intéressant de souligner que les travailleurs sociaux eux-mêmes peuvent être la source des dangers, tel qu'illustré dans ce témoignage.

« Si on n'est pas capable d'être neutre dans cette situation là, ça aussi c'est tous des éléments qui peuvent faire augmenter, qui peuvent faire escalader... la façon dont on va répondre à la situation, notre réaction à nous qui peut devenir ou non un danger. » Participant 02

Ceci requiert une bonne capacité d'adaptation, être en mesure de réagir rapidement et de faire preuve de créativité. Il faut parfois négocier et agir en médiateur auprès du client et des proches. Plusieurs participants soulignent toutefois que d'être

confronté à une situation de crise n'est pas toujours néfaste. Ces situations sont riches en informations auxquelles il pourrait être difficile d'avoir accès en temps normal.

« [Une querelle de famille] Ça me donne une perspective différente, un regard sur la problématique. Ça va m'amener des éléments probablement supplémentaires pour moduler la compréhension du contexte. Ça m'amène de l'information. C'est des situations avec lesquelles on est habitué de *dealer* pas mal. » Participant 02

Le travailleur social doit donc être en mesure de moduler son intervention de façon à pouvoir avoir accès à cette information dans les limites où personne ne se met à risque. Pour permettre de mener à bien une situation qui serait plus dangereuse, les participants nomment l'importance du jugement professionnel et des connaissances en lien avec les diverses problématiques, mais aussi du « gros bon sens » et de l'intuition. Cet instinct, ou intuition, se développe avec l'expérience. Tous les participants s'accordent pour dire que l'expérience joue énormément lors des situations plus risquées. L'expérience ne veut toutefois pas nécessairement dire un grand nombre d'années d'expérience, mais bien le fait d'avoir été confronté ou non à ces situations. En les ayant vécues, l'intervenant peut apprendre et tirer des leçons qui lui serviront pour les cas suivants.

« Je me rends compte que c'est avec nos expériences qu'on s'en rend compte. Tu as beau avoir des millions d'entrevues, mais tant que tu n'as pas eu peur, c'est l'expérience qui va faire en sorte tu vas faire plus attention. » Participant 03

Apprendre de ses expériences peut toutefois être risqué, comme dans le cas de ce participant qui a été placé dans une position très difficile très tôt dans sa carrière.

« L'apprentissage à la dure [...] Avec cet évènement-là, je me suis dit 'plus jamais je vais prendre des risques comme ça, pour ma santé, ma sécurité, notamment ma sécurité émotionnelle'. » Participant 09

Ces expériences permettent au travailleur social de connaître ses limites et d'être en meilleure position de les défendre. Il est davantage capable de repérer les dangers, d'y réagir, mais aussi de se positionner face aux gestionnaires qui exigent qu'un service soit rendu. Il se sent plus à l'aise de refuser d'aller dans un domicile dans telle ou telle condition.

« J'ai 17 ans en arrière d'intervention. J'en ai vu d'autres. Fait que quand je dis que je veux plus y aller, ce n'est pas pour rien. Mais quelqu'un qui vient d'arriver et qui commence à travailler dans ces conditions-là, qui n'est pas outillé, il va y aller sans problème, s'il a pas personne autour qui lui dit. » Participant 03

Donc, les intervenants ayant développé une certaine expérience semblent être en meilleure position pour s'affirmer. Pour ceux qui ne l'auraient pas encore, une bonne supervision clinique en ce sens s'avère précieuse. De la même façon, les participants rapportent se fier beaucoup au savoir et au savoir-faire de leurs collègues plus expérimentés.

« S'il y a des situations qui sont arrivées aux autres intervenants, [il faut] que ce soit partagé. Le partage de l'expérience. Les seniors qui peuvent coacher les plus jeunes. » Participant 08

Des participants ont vécu des expériences dans d'autres programmes comme la DPJ ou la santé mentale, par des professions antérieures comme éducateur ou dans d'autres milieux d'emploi comme des organismes communautaires de proximité. Ces expériences viennent inévitablement enrichir leur bagage et les sensibilisent à une gamme de réalités plus large.

Les participants rapportent que l'attitude avec laquelle ils arrivent au domicile du client est un élément important pour maximiser sa sécurité. Une attitude d'accueil et d'ouverture est à préconiser, plutôt que d'être dans la confrontation, la menace ou la

sévérité. Le respect est nécessaire lorsqu'ils entrent dans le domicile du client, dans leur chez-soi.

« Je suis super respectueuse de l'environnement de la personne. J'enlève mes souliers, j'ai mes petits chaussons pour ne pas garder mes souliers. Je demande où mettre mon manteau. J'attends d'être invitée. Je trouve qu'on rentre dans l'univers de quelqu'un, son intimité, donc il y a un respect associé à ça. » Participant 09

La notion de reconnaissance du chez-soi semble agir en facteur de protection pour les travailleurs sociaux qui en tiennent compte. L'intervenant doit aussi arriver avec une attitude calme et compréhensive à l'égard de l'autre et de son histoire de vie personnelle.

« J'apprends à connaître la personne, je veux qu'elle me parle un petit peu de son histoire sociale, savoir comment elle fonctionne dans sa maison. Juste pour essayer de comprendre ce qui a amené à avoir une détérioration de son milieu de vie. » Participant 06

De façon générale, ils tentent de ne pas arriver « avec leurs grands sabots », de ne pas se positionner en expert ou en autorité. Cela évite de créer une barrière ou une impression de supériorité et de fermeture.

Exigences administratives

La plupart des participants rencontrés déplorent que les exigences de leurs supérieurs soient surtout axées sur les aspects administratifs, le nombre de clients rencontrés par exemple, plutôt que sur la qualité des services rendus. Ceci les incite donc à prioriser la rapidité et le nombre, or ceci peut les mettre en danger. Ils doivent se dépêcher pour faire leurs interventions et ne peuvent prendre autant de temps pour « tricoter » avec les gens comme ils le souhaiteraient. Les participants s'entendent donc pour affirmer que les exigences administratives peuvent compromettre leur sécurité à

domicile. Aussi, des exigences administratives sont perçues comme nuisibles pour l'accomplissement de leurs tâches professionnelles de travailleur social.

« Faire l'OEMC la 1^{ère} fois que tu vas à domicile, tu ne les connais pas, tu viens de leur dire ton nom, et la faire 3 semaines ou 3 rencontres plus tard quand ils t'ont connu, qu'ils t'ont posé des questions, qu'ils savent tu es qui à peu près. Tu as beaucoup plus d'informations 3 semaines plus tard. S'il faut amener l'ordi, ça fait encore plus 'moi je suis de l'extérieur'. Là aussi j'ai un malaise. » Participant 10

Les exigences administratives comme celle-ci incitent donc les travailleurs sociaux à soumettre une évaluation de moins grande qualité et précision avec lequel ils ont un certain malaise. La présence d'un ordinateur portable est relevée par quelques participants comme représentant une barrière avec le client. Lorsque les clients sont méfiants ou plus réticents à obtenir de l'aide, cet outil serait plus nuisible qu'aidant. Il semble donc que cet outil, bien que favorisant l'efficacité dans la majorité des cas, puisse être perçu comme une intrusion dans la relation et dans le territoire du client dans certains cas. Cette réflexion est en accord avec Bonneville et Grosjean (2009) qui soulignent que l'ordinateur change la relation entre le soignant et le client. Cependant, ce changement n'est pas toujours pour le pire comme peuvent le percevoir certains participants.

Plusieurs participants, notamment ceux qui ont plus d'ancienneté, soulignent les changements dans le réseau de la santé des dernières années. Ils rapportent que les compressions ont entraîné de nombreuses coupures qui ont des conséquences sur leur sécurité dans leur travail. D'abord, ils remarquent qu'il y a moins de budget pour les formations, ce qui les empêche d'approfondir certaines problématiques. Le temps alloué au soutien clinique sous forme de discussion de cas ou de co-développement a été fortement diminué voire coupé dans la majorité des cas.

« On a besoin de groupes de soutien pour la supervision, soit individuelle ou collective. Ça, ça existait avant, mais ça n'existe plus. Ça a été abolit. » Participant 04

Plus récemment, le mouvement de personnel entraîné par les fusions a eu des conséquences négatives dans certaines équipes. Désormais, les patrons sont plus loin de leurs équipes. Dans un CISSS aussi étendu que celui de la Montérégie-Est, cet enjeu est majeur. Le chef de programme peut se trouver à une centaine de kilomètres de son équipe ou, comme c'est le cas pour cette participante, dans une autre ville.

« Ça pourrait être intéressant d'avoir quelqu'un qui *lead* un peu, qui soit capable, quand on est un peu mêlées dans un dossier, quand on sait plus où se *pitcher*, d'avoir un superviseur qui nous connaît, qui nous a vu, qui sait on est qui, quelqu'un qui nous connaît un peu comme intervenante, savoir ce qu'on fait. » Participant 05

Ceci limite donc l'accès à un soutien clinique ou administratif efficace. De plus, on observe un taux d'absence prolongé élevé chez les travailleurs sociaux en raison de maladies ou de congé parental. Ceci entraîne un fort roulement dans les dossiers. Or, dans les dossiers plus complexes, la constance est nécessaire. Si l'information n'est pas bien relayée, le nouvel intervenant peut se retrouver dans une situation fâcheuse. Le client peut devenir frustré de devoir toujours recommencer et moins bien collaborer. Nous pouvons donc constater l'influence des nombreuses réorganisations dans le réseau de la santé sur la sécurité des travailleurs sociaux à domicile.

5.2.3. Enjeux éthiques

Les enjeux éthiques qui ont été abordés dans la littérature concernent l'offre de services dans une perspective marchande, l'obligation de fournir des résultats quantifiables et la confidentialité. Nous avons donc voulu savoir si les participants ont

rencontré des dilemmes éthiques semblables ou différents dans l'exercice de leurs fonctions. Les entrevues ont permis de mettre de l'avant ce qui a trait aux responsabilités professionnelles, aux valeurs et à la pression d'intervenir.

Conflits de valeurs

Dans les situations complexes qui comportent des enjeux de sécurité, les participants soulignent les confrontations entre leurs valeurs personnelles et professionnelles et celles des autres intervenants impliqués au dossier.

« Il y a plein de monde qui vont à domicile. Ça engendre des conflits de valeurs, ce qui fait que les équipes soignantes se ramassent dans un 'ça a pas d'allure, faut qu'elle sorte de là'. Puis là, la job de la TS est de dire 'attend un peu, faut qu'on regarde si cette madame-là est en mesure de faire le choix de demeurer dans ce milieu-là, malgré des conditions qui n'ont pas d'allure'. » Participant 03

Déjà que chaque individu est différent, ce ne sont pas tous les professionnels qui ont le même niveau de tolérance au risque et d'ouverture face aux différences que les travailleurs sociaux. Ça peut engendrer des conflits au sein des équipes soignantes. Les travailleurs sociaux ont donc un rôle de défense des droits de leurs clients pour éviter que des mesures drastiques ne soient prises de façon précipitée. Ceci fait référence à la variation de tolérance de chacun à intervenir dans des situations plus risquées. Ils sont conscients que leurs propres valeurs ne sont pas nécessairement les mêmes que celles des clients et qu'il faut en tenir compte.

« Moi je rentre, j'ai mes valeurs, c'est propre chez moi. Eux, est-ce que c'est une histoire de vie? Est-ce qu'ils ont toujours vécu comme ça? Quelles sont les valeurs de chacun? Donc les dilemmes, c'est là qu'il faut faire attention à ne pas mélanger nos valeurs avec celles des autres. Les valeurs en confrontation, à faire attention. » Participant 05

Bien que chaque intervenant ait un historique différent, il s'agit de gens éduqués ayant été à l'université. Nous avons vu que la clientèle du soutien à domicile est très variée et provient de toutes sortes d'horizons. Le travailleur social entre donc dans un milieu où les valeurs peuvent être totalement en contradiction avec les siennes. Il importe de se demander quelles sont les valeurs de l'autre, ce qui fait qu'il vit dans de telles conditions aujourd'hui. Il faut être en mesure de prendre un temps d'arrêt pour y réfléchir, en prendre conscience, avant de poursuivre. En étant conscient de ses propres valeurs, l'intervenant qui arrive à domicile peut évaluer la situation avec plus d'ouverture. Il y a donc moins de jugement et plus de réceptivité de la part du client, ce qui rend la situation moins risquée par conséquent.

Pression d'intervenir

Un autre dilemme qui revient souvent, mais qui n'est pas généralisé à tous les milieux est le fait de subir une certaine pression de la part des supérieurs. Ils leur demandent d'intervenir dans des situations où ils ne sont pas nécessairement à l'aise. La pression d'intervenir à tout prix provient en fait de plusieurs sources. D'abord, elle peut provenir de l'intervenant lui-même qui se demande qui d'autre que lui peut intervenir et qu'est-ce qui arrivera au client si lui n'y va pas. La pression peut provenir des coordonnateurs cliniques comme dans l'exemple suivant où la travailleuse sociale était enceinte.

« J'en ai parlé à la coordo et elle m'a dit 'y a juste toi qui peut y aller'. Parce qu'on s'était un peu obstiné quand j'ai reçu le dossier. J'ai dit 'je trouve ça dangereux, je suis sûre qu'il y a un chat mort sur la tablette de la télé à côté de moi, ils m'ont sauté sur les jambes, ils m'ont graffigné'. »
Participant 10

Il semble que les coordonnateurs soient au courant que ces situations soient risquées, mais font de la pression pour que l'intervenant y aille ou qu'il trouve une façon d'arriver aux mêmes résultats, dans l'intérêt du client. Cela place parfois les intervenants dans une position délicate, déchirée entre sa propre sécurité, le besoin du client et les demandes de l'employeur.

« Je serais très mal à l'aise, mais je ferais la rencontre pareil parce que mon CLSC me le demande. Si je quitte et je dis 'j'ai peur qu'il y ait des punaises de lit', je viens de perdre le lien de confiance, la personne peut se sentir solidement jugée. » Participant 11

Devant la pression de certains employeurs, des participants se sont penchés vers d'autres ressources pour se confirmer dans leurs choix de refuser un client ou non, notamment le service de santé et sécurité au travail.

« J'avais appelé mon service de santé et sécurité au travail pour voir c'était quoi mon obligation en tant qu'employé dans le cadre de mes tâches. Est-ce que j'avais le droit de refuser d'aller à quelque part? On m'a dit que j'avais le droit, que j'avais le droit de refuser, que je devais le signifier à mon supérieur et voir, selon les risques. » Participant 03

Cependant, très peu de participants ont fait allusion à leur service de santé et sécurité (SST) pour les soutenir là-dedans. Cela ne semble pas un réflexe très courant pour ce qui est du soutien à domicile, comme il ne concerne pas l'environnement de travail traditionnel à l'intérieur des murs d'une institution.

Les responsabilités professionnelles

Les travailleurs sociaux sont des professionnels régis par un ordre professionnel. Ceci amène son lot de responsabilités et d'obligations. Certains intervenants se sentent obligés d'offrir les services à leurs clients.

« Si on voit que la sécurité de la personne est compromise, on n'a pas le choix de faire quelque chose. Mon ordre me dit de faire quelque chose. Mon syndicat me dit de me protéger. » Participant 08

Ils reçoivent donc des messages contradictoires de leur ordre, de leur syndicat, de leur organisation et d'eux-mêmes. Ils se disent aussi que tous ont droit aux services, peu importe leur situation, mais surtout les plus démunis.

« C'est pas un super milieu, mais tout le monde a le droit de recevoir des services aussi. Je ne suis pas bien dans ce milieu-là, mais faut que j'intervienne pareil. Ce n'est pas parce que je ne suis pas bien que je peux refuser d'y aller. » Participant 12

Ils s'imaginent difficilement refuser d'offrir un service au client en raison des conditions environnementales ou du risque pour eux-mêmes. Il arrive aussi qu'ils doivent choisir entre leurs besoins et les besoins du client. Bien que les participants ne semblent pas avoir de difficulté à rester dans les limites de leur rôle de travailleurs sociaux ni traverser la frontière pour devenir plus familier avec leurs clients, ils ont plus de difficulté à mettre leurs limites en ce qui concerne les malaises ou les inconforts qu'ils vivent à domicile. Ils jugent que les besoins des clients passent avant les leurs dans ce genre de situations, d'autant plus qu'ils se trouvent dans le chez-soi du client. Consciemment, certains participants choisissent le client, quitte à en subir les conséquences plus tard.

« Je m'en vais chez eux, je n'ai pas le choix. Même si je suis 3 jours à avoir mal à la voix et à être congestionnée. Je ne peux pas lui dire 'tu fumes pas, tu ouvres les portes 1h avant que j'arrive'. Ça, c'est le plus gros risque je trouve à ma sécurité, les gens qui fument. » Participant 10

Aussi, des participants rapportent vivre un gros malaise avec le fait de quitter lorsque la situation dégénère, lorsqu'un client devient agressif par exemple. Il ne veut pas que quelque chose lui arrive parce qu'il n'a pas complété l'intervention. Il y a donc une confrontation de valeurs entre le fait d'assurer sa protection et ses responsabilités

professionnelles. Il en va de même pour un travailleur social qui quitterait le domicile d'une personne décompensée ou atteinte de démence en la laissant seule avec un aidant ou un membre de la famille. Il ne veut pas non plus que quelque chose arrive à l'aidant. Là est donc la nécessité de posséder les aptitudes nécessaires pour calmer une situation de crise et s'assurer de quitter le domicile de façon sécuritaire pour tous.

Les participants ne semblent donc pas habitués de faire passer leurs propres besoins avant ceux des clients. De toute façon, ils s'imaginent mal qui pourra aider ces gens si eux refusent de le faire.

« Souvent c'est le réflexe de dire 'si je n'y vais pas, qui va y aller?'. Tu sais, si nous autre on ne la fait pas la job, les TS en maintien à domicile, qui va y aller? [...] Personne ne va y aller. Nous autre on est formés pour ça, on va y aller. Oui, on est formés pour ça, faut quand même faire attention à nous autre, parce que notre outil de travail c'est nous-mêmes. »
Participant 03

D'un autre côté, ils vont parfois si loin qu'ils se demandent aussi si c'est vraiment à eux de faire ce travail. Lorsqu'ils sentent qu'une partie de l'intervention revient à d'autres professionnels, ils peuvent faire appel aux partenaires. Tous les participants rapportent avoir eu recours à de l'assistance externe depuis le début de leur carrière en lien avec leur sécurité. Il peut s'agir des policiers, des ambulanciers, de la municipalité, du service d'incendies ou même de la Santé publique. Cependant, y avoir recours peut entraîner des réactions catastrophiques chez les clients et ils hésitent parfois à le faire, comme cette participante qui a dû sortir un client de chez lui avec la police.

« Ça a un impact vraiment, c'est dévastateur pour la personne, puis c'est pour ça qu'on essaie de jamais faire ça. Des fois on n'a pas le choix. C'était vraiment émotif. J'ai vraiment eu de la peine puis j'ai pleuré, puis je m'en suis voulu. » Participant 01

Il arrive aussi que les travailleurs sociaux soient victimes de mauvais traitements de la part des clients, majoritairement des menaces verbales. Ils pourraient porter plainte, mais ne le font pratiquement jamais. Ils comprennent la détresse vécue par le client et la source de cette colère et tentent de préserver le lien de confiance qui les unit. Dans d'autres cas, lors d'insalubrité notamment, faire une plainte peut faire partie de l'évaluation des risques.

« Par rapport à la salubrité des lieux aussi, probablement que je n'aurai pas le choix de faire une plainte. En lien avec la sécurité, au niveau des incendies, de la salubrité, les bibittes. Il y a quand même des enjeux de sécurité pour la personne. Le but ce n'est pas de faire une plainte pour qu'elle ait une amende. Le but est qu'ils aillent vérifier le risque d'incendie. » Participant 07

En ce qui concerne le partage d'informations avec les partenaires, il ne semble pas y avoir un enjeu de confidentialité pour les travailleurs sociaux puisqu'il existe des consignes claires à ce sujet. Il y a cependant un enjeu de confidentialité lié au port de matériel de protection qui vient soulever un autre dilemme chez les travailleurs sociaux. Selon les règles, ils doivent mettre l'habit de protection à l'intérieur pour éviter que les voisins ne les voient et portent un jugement sur le client.

« Faut le mettre à l'intérieur, ce qui est questionnable. Du moment que tu es rentrée, mettons que c'est très infecté, il est déjà trop tard. Question de confidentialité. Faut pas que les voisins voient. Mais moi personnellement, je le mettrais en dehors du logement. Si je vois qu'il n'y a personne, je vais le mettre en dehors. Mais j'avertie la personne que je vais être habillée comme ça. Des fois, ça m'est déjà arrivé, on fait des jokes un peu. » Participant 07

Le travailleur social est donc partagé entre son désir de suivre les règles et de respecter la dignité de son client et son désir de se protéger. Il y a là une contradiction évidente.

Enfin, plusieurs participants aimeraient avoir plus de lieux pour discuter de ces dilemmes éthiques et réfléchir sur leur pratique dans ces contextes, tel qu'illustré par cet extrait.

« Peut-être au niveau des enjeux un peu plus éthiques, si on parle toujours dans le contexte des dossiers un peu plus complexes de sécurité à domicile... mes valeurs, jusqu'où moi je tolère, jusqu'où la situation est si pire que ça, des fois ces discussions-là pourraient être intéressantes à avoir. » Participant 02

Ces enjeux éthiques sont complexes à adresser et semblent laisser les participants dans une position d'incertitude. Il y a donc un besoin en la matière.

5.3. Objectif 3 : Déterminer quels sont les outils actuels à leur disposition pour faire face à ces enjeux

Lorsque l'on interroge les participants pour savoir s'ils disposent d'outils pour les aider ou les guider par rapport à leur sécurité à domicile, ils répondent d'abord qu'ils n'en ont aucun. Cependant, en discutant, ils se rendent compte qu'il en existe quelques-uns à leur disposition. D'abord, dans la majorité des CLSC, un logiciel existe leur permettant d'inscrire leurs rendez-vous, ce qui inclut le nom et l'adresse du client où ils se rendent. Cet horaire est accessible à ceux qui en ont l'accès par mots de passe. Il serait donc possible de savoir où ils sont si quelqu'un devait s'en inquiéter. À certains endroits, cet horaire est affiché dans une salle commune, accessible rapidement, en utilisant les numéros de dossiers des clients pour préserver la confidentialité. Des participants inscrivent ces informations sur un tableau en haut de leur bureau. Cet outil peut être pratique, mais son utilisation varie énormément d'un participant à l'autre, certains étant plus assidus que d'autres.

Les travailleurs sociaux ont quelques formulaires à leur disposition leur permettant de rapporter leurs observations par rapport à des situations dangereuses. Lorsqu'un accident survient, une agression par exemple, les intervenants doivent remplir un rapport d'incident qui se retrouvera au dossier accessible à tous. Plusieurs participants ont mentionné la *Grille d'évaluation de la sécurité à domicile* qu'ils devraient tous remplir et mettre au dossier.

« C'est une feuille recto-verso qu'on va aller repérer les éléments extérieurs de risque, intérieurs, les entreposages qui sont pas corrects, s'il y a des puces, des punaises, tout ça. La personne doit signer cette feuille-là [et elle est] mise au dossier. Dans cette grille-là, facteurs de risques à domicile, environnement physique, environnement de l'intérieur, risques déchets biologiques, et à l'endos, détecteurs de fumée, sorties, prises électriques, utilisation adéquate du système de chauffage d'appoint, environnement non-fumeur. Milieu salubre, puces, punaises, vermines, moisissures. » Participant 05

Dans certains milieux, il existe aussi des formulaires de référence en partenariat avec la municipalité ou la santé publique pour déclarer des milieux problématiques. Il existerait une procédure pour la gestion des armes à feu, mais ce ne serait pas tout le monde qui serait au courant. La majorité des participants rapporte avoir vu circuler des fascicules à l'interne, des mémos par courriel ou sur les babillards et des documents expliquant la marche à suivre en cas d'infestation de punaises notamment. Ces fascicules ne sont pas nécessairement disponibles facilement. Les participants doivent en faire la demande à leurs supérieurs ou les consulter dans un cartable de procédures. Plusieurs participants rapportent avoir eu des discussions d'équipe à partir de vignettes dans le cadre de l'Agrément, mais ceux qui y ont participé ont trouvé cela infantilisant et peu aidant.

Les protocoles et méthodes à préconiser par rapport à la sécurité sont différents d'un endroit à l'autre. Il ne semble pas y avoir de documents uniformes et cela peut devenir assez confus pour les travailleurs sociaux qui expriment un besoin de clarté.

« Les 4 méthodes de travail sont différentes. C'est de se réajuster à chaque place. Chaque milieu fonctionne différemment. Même en termes de sécurité [...] Le besoin, c'est plus d'avoir quelque chose de clair, d'uniforme, d'avoir le même soutien qu'on soit à un endroit ou un autre. »
Participant 07

Il serait donc intéressant de développer une façon de faire qui serait commune à tous les programmes de soutien à domicile. Enfin, les institutions fournissent du matériel de protection, comme les jaquettes ou les masques, mais ils ne sont pas toujours adéquats et les travailleurs sociaux doivent les demander bien souvent, tel que discuté dans la section sur les mesures de protection. Finalement, la question du cellulaire revient souvent.

« Je rentre toujours avec mon cellulaire. Des fois, je mets juste mon cellulaire dans une poche et mes clés dans l'autre et je rentre comme ça. »
Participant 09

« Je laisse mon cellulaire soit plus à portée de main, que s'il y a de quoi, que je puisse faire le 911. » Participant 12

Quelques travailleurs sociaux l'ont fourni par l'employeur, mais il s'agit surtout des gestionnaires de cas. Les autres utilisent leur cellulaire personnel. Le cellulaire semble un outil indispensable pour les travailleurs sociaux à domicile pour réagir en cas d'urgence ou pour mettre en place des mécanismes de protection, par exemple demander à un collègue de les appeler à un moment opportun.

Les outils fournis par leur employeur sont donc surtout de nature matérielle, comme les outils de protection physique, et bureaucratiques, comme les différents formulaires de référence et d'évaluation.

5.4. Objectif 4 : Documenter les mécanismes mis en place par les milieux pour soutenir les travailleurs sociaux lorsqu'ils font face à des situations non sécuritaires et aux dilemmes qui y sont associés

Le principal mécanisme de soutien destiné aux travailleurs sociaux est le soutien clinique offert par les coordonnateurs cliniques, spécialistes en activités cliniques ou autre responsable des services psychosociaux, tel que démontré dans la section sur les enjeux cliniques. De façon générale, ils semblent assez disponibles et ouverts face aux difficultés rencontrées par les travailleurs sociaux. Les superviseurs cliniques sont souvent ceux qui lèvent le drapeau dans une situation plus risquée alors que le travailleur social n'y avait pas pensé. Dans d'autres cas, ils sont ceux qui mettent de la pression pour que le travailleur social intervienne malgré que ce dernier vive des malaises.

Il a été mentionné que les collègues représentent un outil indispensable pour les travailleurs sociaux, notamment en ce qui concerne le partage de l'expérience. Tous les participants déplorent le manque d'activité formelle de co-développement ou de discussion de cas. Les rencontres d'équipe psychosociale ont pris une tournure de plus en plus administrative et très peu d'espace est réservé pour le clinique. Un participant propose même d'avoir recours à la co-intervention dans un but de développement professionnel et de soutien aux collègues moins expérimentées, notamment lors des cas complexes.

« On va faire de la co-intervention pour être sûres. Faire des interventions avec elles pour une question de sécurité, pour une question de finesse. »
Participant 02

Pouvoir avoir des lieux de rencontre et d'échange de l'expérience entre collègues semble être l'un des besoins les plus pertinents en ce qui concerne la sécurité à domicile. La période d'orientation à l'embauche serait une excellente occasion pour la transmission de l'information relative aux mesures de prévention et de protection par rapport à la sécurité à domicile. Cependant, il semble y avoir un constat général sur l'ensemble des programmes de soutien à domicile selon lequel les nouveaux arrivants ne recevraient que très peu d'orientation.

« Ce que je trouve un peu plate, j'ai été mis un peu garoché dans le milieu, première visite à domicile sans avoir vu personne vraiment, sans formation. » Participant 08

La formation offerte sur la sécurité serait davantage liée à la prévention des infections et aux produits dangereux en institution. Il va de soi que certaines de ces recommandations peuvent être transposées au domicile, mais il manque toujours un grand nombre d'éléments spécifiques au domicile qui n'est pas abordé. Selon les participants, la réalité serait toute autre dans d'autres programmes, alors il est étrange que ce soit fait ainsi pour le soutien à domicile.

« Ce programme-là [CAFE] était vraiment bien encadré, la formation qui durait une semaine avant de commencer. Ça n'a rien à voir avec le SAD où tu en as pas de préparation. » Participant 11

Les participants ayant travaillé au programme CAFE ou à la DPJ rapportent avoir reçu de très bonnes formations de départ. Cela aiderait à prendre de bons plis au départ et à sensibiliser les intervenants sur les risques potentiels en partant.

Plusieurs CISSS ont des comités d'éthique clinique où il est possible de soumettre des cas complexes qui soulèvent de nombreux questionnements. C'est notamment le cas lorsqu'un travailleur social se demande jusqu'où il peut et doit aller en intervention

lorsque sa sécurité est compromise. Un seul participant rapporte avoir eu recours à ce service pour l'un de ses dossiers en lien avec sa sécurité. Peu d'intervenants connaissent l'existence d'un tel service ou pensent à y avoir recours. Il en va de même pour le service de SST. Puisqu'ils sont à domicile, donc à l'extérieur des murs de l'institution, peu de travailleurs sociaux ont le réflexe de se référer à eux en cas de doute. Ce sont pourtant deux mécanismes intéressants pour le sujet qui nous concerne.

CHAPITRE 6 : DISCUSSION

Dans ce projet de recherche, nous avons cherché à connaître les enjeux et dilemmes éthiques rencontrés par les travailleurs sociaux lorsqu'ils se rendent au domicile de leur clientèle âgée en perte d'autonomie. Les entrevues réalisées avec les travailleurs sociaux ont permis de faire sortir des éléments intéressants, permettant ainsi de répondre aux objectifs de départ. À partir des résultats recueillis, plusieurs thèmes particulièrement pertinents pour la pratique du travail social ont fait surface : 1. Nous constatons une grande variabilité dans la perception qu'ont les travailleurs sociaux des dangers présents en intervention à domicile; 2. Nous notons que l'évaluation de la gestion du risque est aussi différente et peut être modulée par plusieurs facteurs; 3. Enfin, nous constatons plusieurs questionnements de nature éthique difficiles à résoudre, ce qui peut avoir plusieurs conséquences sur l'exercice de la profession de travailleur social à domicile. Ces thématiques seront abordées dans ce qui suit.

6.1. La variabilité dans la perception du danger

Les réflexions des participants permettent de soulever une aptitude très importante pour les travailleurs sociaux à domicile, celle de l'évaluation des risques. Pour certains, les dangers doivent être flagrants pour qu'ils les reconnaissent. Certains ne perçoivent que les aspects liés à l'humain, comme l'agressivité, alors que d'autres ont besoin que les dangers soient tangibles pour les percevoir. Une telle perception laisse donc la place à tous les dangers qui seraient moins tangibles ou moins visibles. L'analyse du discours des participants a permis de faire ressortir la multitude de façons de parler du danger. Peu

importe la forme qu'il prend, le danger est bien présent dans l'exercice de leurs fonctions. De façon générale, ils sont plus sensibles aux dangers présents pour le client que pour eux, sans réaliser qu'ils sont tout autant à risque.

La perception du danger varie énormément d'un participant à l'autre tel que l'indique Przygodzki-Lionet (2008). L'expérience y est pour beaucoup. Ce n'est pas nécessairement le fait d'avoir beaucoup d'années d'expériences, mais plutôt le fait d'avoir été confronté ou non à des événements dangereux qui compte. Le fait d'avoir déjà vécu des situations dangereuses rend les travailleurs sociaux plus alertes et conscients qu'elles peuvent se reproduire. Ils sont meilleurs pour en repérer les indices et agir rapidement avant qu'elles ne s'aggravent. Ils savent aussi mieux se défendre face aux exigences de leurs supérieurs et aller chercher le matériel nécessaire. L'attribution des dossiers pourrait donc être faite de façon plus judicieuse. Il est important que la complexité des dossiers soit en accord avec les capacités professionnelles des travailleurs sociaux. Il se dégage une préoccupation pour les nouveaux intervenants. Ceux-ci devraient pouvoir bâtir leur expérience progressivement et éviter d'être placés dans des situations traumatisantes trop tôt dans leur carrière. Les conditions de travail actuelles sont assez difficiles dans le réseau de la santé et les nouveaux intervenants ont un taux d'épuisement professionnel alarmant (Auclair, 2017). Il est donc important de leur fournir le soutien adéquat et de les amener progressivement vers les situations les plus complexes.

Comme il est son propre outil de travail, le travailleur social doit posséder le savoir-faire, les aptitudes et le jugement professionnel pour évaluer une situation, détecter les dangers et y faire face. Ses capacités se développent avec son expérience et ses

formations. Les participants rapportent avoir eu très peu de formations en lien avec la sécurité dans leur parcours universitaire. En revanche, ceux ayant passé par une technique semblent en avoir eu davantage. La possibilité d'avoir accès à des formations appropriées une fois à l'emploi devient donc primordiale pour développer ses aptitudes personnelles et professionnelles. Comme il n'est pas toujours possible ou souhaitable d'apprendre seulement par l'expérience en ce qui concerne la sécurité, il devient donc nécessaire de pouvoir avoir accès à celles des collègues. Les collègues et le partage de leur expérience deviennent donc des outils essentiels au développement des travailleurs sociaux, nouveaux comme anciens, notamment dans le contexte de la sécurité à domicile. Le partage avec les collègues semble se faire surtout de façon informelle.

Il y a aussi des différences dans les façons de décoder le danger et de l'interpréter. Cette interprétation est en accord avec ce que Ceyhan (1998) soulignait, comme quoi la notion de sécurité est subjective et interne à chaque personne. Il se peut effectivement qu'un coup de poing sur la table soit un signe d'agressivité, mais il peut aussi être une simple expression de sa colère envers sa situation de santé qui se détériore. L'agressivité n'est pas nécessairement dirigée contre l'intervenant et ne représente pas toujours un danger pour celui-ci. Donc, deux intervenants peuvent faire une lecture tout à fait différente d'une même situation. Il faut être en mesure de bien interpréter la situation et de porter un jugement professionnel adéquat en mobilisant toutes les connaissances et ressources à sa disposition.

Comme le travailleur social est seul à domicile, il a rarement quelqu'un pour corroborer son évaluation de la situation. Lorsqu'il la rapporte en supervision clinique, le superviseur doit se fier à son évaluation et ses recommandations iront dans le sens de ce

qui lui a été raconté. Donc parfois, il est possible que le superviseur ne soit pas nécessairement de mauvaise foi lorsqu'il incite un travailleur social à aller de l'avant malgré les risques. Pour dénouer les situations qui nous préoccupent, la mise sur pied de groupes d'analyse des pratiques professionnelles (APP) pourrait être intéressante. L'une des étapes de cette analyse consiste à demander au travailleur social qui amène la situation une quantité de questions permettant de préciser le plus possible tous les éléments nécessaires à la bonne prise de décision (Robo, 2005). De cette façon, les recommandations seront faites en ayant une meilleure idée de ce qui est en jeu réellement et aucun élément important ne devrait être oublié. Cependant, un tel groupe nécessite une confiance et une cohésion très forte. Selon ce que nous avons vu, ce n'est pas toujours le cas dans les équipes psychosociales rencontrées.

Pour permettre aux travailleurs sociaux de bien évaluer les dangers qui surviennent en intervention à domicile, ils doivent donc y être sensibilisés au moyen de leurs formations académiques et professionnelles, mais aussi via un partage des expériences des collègues. Il pourra donc y avoir une certaine prise de conscience qui les aidera à être plus vigilants pour leurs prochaines interventions, ou du moins être en meilleure position pour évaluer les dangers potentiels.

6.2. Évaluation de la gestion du risque

Comme la perception des dangers varie d'un travailleur social à l'autre, il en va de même pour son évaluation de la gestion du risque. Les travailleurs sociaux se citent souvent comme étant leur propre outil de travail. Ceci s'avère d'autant plus réel dans le contexte du soutien à domicile puisqu'ils s'y rendent seuls le plus souvent et il leur

revient d'assurer leur propre sécurité. Il leur revient de prendre les précautions nécessaires en vue de se rendre à domicile et d'utiliser des mesures de protections en présence de dangers. Tel que Morin et al. (2009) le soulignait, les intervenants ne sont pas nécessairement bien outillés pour faire face aux enjeux de sécurité au domicile de leur client. Il y a toutefois une nuance à apporter. Ils n'ont pas beaucoup d'outils formels, mais disposent bien souvent des capacités d'intervention pour y faire face et mettent en place des précautions et certaines mesures de protection sans s'en rendre compte ou plutôt par habitude, de façon instinctive. Nos questions ont permis aux participants de se rendre compte qu'ils disposent de plus d'outils qu'ils ne pensaient.

Bien qu'il existe des protocoles ou des procédures établis, ce sont les travailleurs sociaux qui choisissent ou non de les appliquer. Il a été possible de constater que plusieurs participants hésitent à utiliser certaines mesures de protection pour différentes raisons. S'ils choisissent de ne pas mettre de protection, personne n'est là pour les superviser. S'ils oublient de la mettre ou ne se rendent pas compte du danger, personne n'est là pour leur faire penser. Ils ont donc une grande part de responsabilité par rapport à leur sécurité à domicile. Les entrevues ont démontré que l'utilisation des mesures de protection n'est pas si simple que cela pourrait en avoir l'air. Il ne s'agit pas seulement de savoir quoi faire, il y a de nombreux éléments qui modulent leur utilisation. Il peut y avoir des impacts négatifs à l'utilisation des mesures de protection, notamment sur la création du lien de confiance. Comme le souligne le CNESM (2013), la création d'un bon lien de confiance est un facteur de protection pour les travailleurs sociaux. Il est primordial de bien l'installer. Les situations complexes les placent dans une position ambivalente. D'abord, pour plusieurs travailleurs sociaux, l'utilisation de mesures de

protection est perçue comme ayant un impact sur l'alliance thérapeutique avec le client. Le fait de refuser d'entrer chez le client pour se protéger ou de se montrer méfiant peut nuire à la création du lien de confiance et entraîner une réaction négative du client envers l'intervenant. Ceci pourrait aussi compromettre la capacité de l'intervenant à faire son travail en entraînant un refus de service. D'un autre côté, le fait d'entrer chez le client quand même peut aider le lien de confiance, mais placerait l'intervenant à risque pour sa propre santé physique et psychologique. Certains avouent être prêts à compromettre leur sécurité jusqu'à un certain point pour réussir à créer un lien avec le client et réussir à l'aider, alors que d'autres lâcheraient prise plus rapidement. Pourtant, les infirmières réussissent à créer un lien de confiance avec les patients, malgré l'utilisation de masques et de gants. Est-ce en raison d'une pratique plus normale et acceptée par la population pour ces professionnels? Est-ce que la perception des travailleurs sociaux est pire que ce qu'il en est réellement? Il est certain que les travailleurs sociaux font face à un dilemme qui pourrait pencher d'un côté comme de l'autre.

Toutefois, il n'y a pas que des impacts négatifs à l'utilisation des mesures de protection. Elles peuvent servir de levier de prise de conscience pour le client dans certains cas. Le client qui est en mesure de réaliser que le travailleur social doit s'habiller d'une certaine façon pour venir chez lui peut en déduire que la situation est effectivement dangereuse pour lui aussi. Donc l'impact de l'utilisation du matériel ou de techniques de protection est souvent soulevé, mais cet impact peut être tant positif que négatif. Les TS doivent peser le poids de ces impacts sur leurs clients, tout en ne négligeant pas les impacts qu'ils auront sur leur propre sécurité. Il est intéressant de constater le processus de réflexion derrière la prise de décision d'utiliser ou non les mesures de protection.

Les exigences des supérieurs peuvent parfois venir à l'encontre de la logique de protection des travailleurs sociaux. Il est possible que les décideurs ne se rendent pas compte de l'impact de leurs consignes sur la réalité terrain. Le fait de pouvoir porter des jeans, par exemple, est pratique puisqu'ils se lavent plus facilement, mais aussi parce que c'est un vêtement moins formel et plus près de la réalité de certains clients. Or, les travailleurs sociaux du soutien à domicile ne peuvent plus en porter. Les exigences en termes de tenues vestimentaires devraient donc être adaptées en fonction du milieu de travail.

Un soutien clinique adéquat est nécessaire dans ce genre de situations complexes pour aider le travailleur social à évaluer la gestion des risques. Cependant, tous ne se sentent pas à l'aise d'y avoir recours. Dans certains milieux, le soutien clinique en est un davantage de surveillance que de soutien. Si les travailleurs sociaux ne se sentent pas à l'aise d'aborder leurs difficultés avec leurs superviseurs cliniques, ils deviennent plus à risque de se mettre en danger ou de poser des gestes néfastes pour le client. Un soutien clinique approprié est d'autant plus important qu'il devrait servir à lever le drapeau quand les intervenants ne voient pas eux-mêmes les risques. Ce sont eux qui peuvent dire au travailleur social de ne pas aller dans un milieu ou d'utiliser telle ou telle mesure de protection. Si le fait de s'adresser à une personne au statut hiérarchique supérieur au leur a un caractère punitif, les travailleurs sociaux n'y auront pas recours ou cacheront leurs difficultés.

Le fait de s'ouvrir à son superviseur clinique requiert au travailleur social de se placer dans une position de vulnérabilité en lien avec sa compétence et son efficacité (Lecompte et Savard, 2004). Le superviseur clinique se doit de créer un climat de

confiance avec les membres de son équipe pour qu'ils puissent se dévoiler sans risque et ainsi bénéficier d'un accompagnement adéquat par rapport à leurs questionnements et réflexions. Pour adresser les préoccupations en général, mais aussi celles en lien avec la sécurité, il est primordial que le travailleur social puisse avoir recours à ce soutien. Comme cela semble varier énormément d'une équipe à l'autre, il s'agit d'une préoccupation à vérifier auprès des responsables. Il semble aussi qu'avec les diverses réorganisations du réseau de la santé, le soutien clinique se situe parfois bien loin géographiquement des travailleurs sociaux. C'est notamment le cas des régions plus éloignées des grands centres. Dans un territoire aussi vaste que celui de la Montérégie-est, c'est définitivement un enjeu pour plusieurs. Nous pouvons donc imaginer que c'est aussi le cas dans d'autres régions ayant une vaste superficie comme celles de la Côte-Nord ou la Gaspésie-Île-de-la-Madeleine.

Les conseillers cliniques sont aussi là pour partager l'information quant aux protocoles en places. Ce ne sont pas tous les travailleurs sociaux qui sont au courant de ces protocoles. Il semble y avoir une grande variabilité entre les CSSS et même entre les CLSC d'un même CSSS. Les travailleurs sociaux peuvent donc facilement s'y perdre dans les protocoles différents et les différents niveaux de soutien offerts par leurs supérieurs. Ils rapportent avoir besoin de directives claires, plus formelles, écrites, documentées et accessibles facilement. Le document de l'INSPQ (2005) pourrait servir de base à l'élaboration de directives claires, notamment en ce qui concerne les mesures de protection contre l'insalubrité. Non seulement les directives varient d'un endroit à l'autre, mais le matériel disponible varie aussi. Si un travailleur social ne connaît pas le matériel approprié dans telle situation, il risque de se rendre dans un domicile en croyant

être en sécurité alors que ce n'est pas le cas. Un travailleur social bien informé sera davantage en mesure de défendre ses droits par rapport aux risques qu'il encourt.

Ensuite, il semble que les travailleurs sociaux aient la « pensée magique » en quelques sortes, comme le soulignait au moins deux participants. Ils vont voir les clients en misant sur leur bonne étoile ou en prenant les choses à la légère. Une fois rendus au domicile, c'est là qu'ils se rendent compte des risques et y font face. Il y a une certaine insouciance et ils se rendent au domicile sans trop se poser de questions. Cependant, ils n'apportent pas toujours l'équipement de protection avec eux lors d'une première visite. Ils doivent donc faire la première entrevue en se mettant à risque. Ils ne mettent donc pas l'emphasis sur la prévention, mais y vont davantage en réaction.

Nous constatons donc qu'il y a un processus d'analyse de la gestion du risque bien installé chez plusieurs participants. S'ils avaient davantage l'occasion d'y réfléchir, ces réflexions pourraient aller beaucoup plus loin et plus de TS pourraient la développer. Pour y arriver cependant, ils ont besoin de lieux propices, de soutien adéquat et de toute l'information pertinente pour y arriver.

6.3. Enjeux et dilemmes éthiques

Les entrevues réalisées pour la recherche ont permis de mettre en lumière plusieurs enjeux liés non seulement aux aptitudes des travailleurs sociaux, mais aussi aux particularités du travail social de façon plus globale. En effet, les travailleurs sociaux, selon ce que rapportent les participants, aiment les défis et les situations complexes. Ils sont donc parfois placés devant un dilemme entre se protéger et aller relever le défi. Donc, dans ces cas-là, il n'y a pas de pression extérieure, mais plutôt un désir de relever

un beau défi clinique ou de vivre des émotions fortes chez ces intervenants. Ceyhan (1998) rappelle que pour transmettre un message visant à promouvoir la sécurité, il faut connaître le « groupe cible », c'est-à-dire les travailleurs sociaux, et utiliser des arguments qui les rejoignent. En sachant ce qui les motive, il est possible de leur permettre d'aller relever les défis, tout en leur spécifiant les éléments auxquels ils doivent demeurer vigilants et la façon de le faire de façon sécuritaire. En sachant qu'ils hésitent à utiliser les moyens de protection en raison de leur impact sur la relation, il sera possible de trouver un compromis équilibrant sécurité et possibilité d'intervention.

Un grand paradoxe a été soulevé par plusieurs participants, celui de voir les dangers pour le client, mais ne pas les considérer pour soi aussi. Or, les dangers sont tout aussi présents pour le client que pour le travailleur social, notamment en ce qui concerne le cadre physique. Un participant soulignait que le fait d'être dans le milieu insalubre seulement pour une courte période de temps rend le risque moins important pour lui que pour le client. Cependant, les situations complexes nécessitent souvent une intensité de services plus grande, donc des visites à répétition. Est-ce donc assez pour être en danger? Une seule exposition à certains dangers, une infection transmise par voie aérienne par exemple, peut toutefois être assez pour avoir un impact sur le travailleur social.

Les travailleurs sociaux sont des professionnels régis par un ordre professionnel. Ceci amène son lot de responsabilités et d'obligations. Certains intervenants se sentent obligés d'offrir les services à leurs clients. Ils utilisent souvent l'expression « on n'a pas le choix » même s'ils ressentent des malaises. Ils se disent aussi que tous ont droit aux services, peu importe leur situation, mais surtout les plus démunis. Des participants s'imaginent difficilement refuser d'offrir un service au client en raison des conditions

environnementales ou du risque pour eux-mêmes. Ils ne semblent pas habitués de faire passer leurs propres besoins avant ceux des clients. De toute façon, ils s'imaginent mal qui pourra aider ces gens si eux refusent de le faire. Si eux n'y vont pas, personne d'autre n'ira. En étant formés pour faire ce genre de travail, ils sentent l'obligation d'y aller. D'un autre côté, ils vont parfois si loin qu'ils se demandent aussi si c'est vraiment à eux de faire ce travail. D'un côté, oui, ils travaillent avec la misère sociale, mais d'un autre côté quel est le rôle des partenaires comme les policiers ou la municipalité? Bien qu'ils rapportent vivre des malaises, le fait que ça fasse partie de leur « job », que c'est leur rôle d'aller dans toutes sortes de milieux, revient fréquemment. Cependant, jusqu'où doivent-ils compromettre leur propre sécurité pour « faire sa job »? Il semble se dégager une certaine culpabilité dans une telle réflexion. La culpabilité peut être définie comme étant le résultat d'un conflit entre plusieurs valeurs importantes pour la personne (Lecoeur, 1999). En fonction du contexte, un intervenant qui est en mesure d'identifier les valeurs en tension dans la situation pourra prendre du recul, comprendre la source du malaise et ainsi poser un jugement plus approprié tant pour lui que pour le client.

Dans un même ordre d'idée, lorsqu'il est question de l'exposition à répétition à certains milieux insalubres, les travailleurs sociaux sont placés devant un autre dilemme. Il faudrait que le domicile soit sécuritaire pour aller donner les services, mais il faut donner le service pour qu'il accepte qu'ils y aillent. Parfois, c'est au travailleur social que revient le rôle de créer un lien avec le client pour introduire progressivement les autres professionnels. Cela donne donc l'impression qu'il y a des intervenants qui vont devoir se « sacrifier » pour que les autres membres de l'équipe puissent intervenir à leur tour. Il faut donc se demander à quel point doit-on aider cette personne et quelles sont les

exigences minimales requises pour qu'elle puisse recevoir cette aide. Le cadre conceptuel réalisé pour cette recherche nous montre qu'il y a un point de rencontre entre l'univers du travailleur social et celui du client. Ne reviendrait-il pas une part de responsabilité tant au TS qu'au client? Si l'un des buts en intervention sociale est la responsabilisation et le développement de l'autodétermination des individus, pourquoi ne pas exiger un minimum acceptable pour que la sécurité du travailleur social soit garantie? Jaeger (2009) amène un point intéressant lorsqu'il dit que le fait de vouloir mettre le patient « au centre des préoccupations » entraîne une certaine négligence des droits, devoirs et responsabilités des usagers envers le personnel.

Cependant, la responsabilisation du client n'est pas toujours possible, notamment lorsque celui-ci ne veut pas recevoir d'aide et que l'équipe ne peut pas le laisser tomber pour toutes sortes de raisons. Il reviendra donc probablement au travailleur social d'aller préparer le terrain pour la venue des autres professionnels qui auraient une moins grande tolérance au risque. Le côté plus « conservateur » de certains collègues pourrait en revanche servir à lever le drapeau lorsque le travailleur social ne se rend pas compte des dangers. Ils peuvent servir à lever le drapeau tout autant que le coordonnateur clinique le ferait. Il semble donc important que le travailleur social puisse avoir l'occasion de discuter des situations plus risquées avec d'autres collègues de la même profession ou d'une autre pour qu'ensemble ils réfléchissent sur la marche à suivre.

Enfin, comment le travailleur social peut-il parvenir à résoudre ces dilemmes? Il a été démontré dans ce document que l'intervention à domicile auprès des personnes âgées en perte d'autonomie est une tâche complexe. Par une démarche de réflexion éthique, le travailleur social pourrait parvenir à dépasser ses idées préconçues et ses premiers

réflexes et ainsi intervenir de façon plus adéquate en situations dangereuses. Il est important que les professionnels aient le temps et l'espace pour élaborer leurs réflexions éthiques, ce qui entraînerait non seulement une hausse de la qualité des interventions, mais aussi l'efficacité des pratiques (Gonin, 2013). Ces réflexions peuvent se faire de façon individuelle, mais aussi collective. Une mise en commun permet d'explorer les différents points de vue, ce qui permet d'aller plus loin dans la compréhension et l'obtention d'un regard plus complet sur une situation problématique. De nombreux auteurs consultés pour cette recherche soutiennent le besoin d'avoir accès à un lieu de délibération éthique et proposent à différents niveaux des méthodes pour y parvenir (Richard, 2008; Legault, 2001; Le Bossé et al., 2006).

Or, selon les participants rencontrés, les rencontres d'équipes ont pris davantage une orientation administrative et il y a très peu d'espace pour les questions cliniques. Les rencontres de co-développement qui ont déjà existé ont cessé dans les dernières années. Dans cette recherche, nous avons pu constater que les TS possèdent des outils techniques comme du matériel de protection et des protocoles, mais ce dont ils ont réellement besoin serait d'un encadrement pour réfléchir sur les questions éthiques. Le « gros bon sens », ou la « pensée magique », tel que décrit par certains, ne suffit plus (Richard, 2008). Quand ils se demandent s'ils ont le droit de refuser d'aller chez un client ou qu'ils interprètent qu'une situation est sécuritaire malgré la violence, où peuvent-ils trouver les réponses? Une multitude de perspectives (déontologiques, identitaires, morales, organisationnelles, sociopolitiques et juridiques, tel que vu dans Bossé et al., 2006) entrent en ligne de compte et, bien souvent, un protocole ne leur fournira pas de réponse claire. En revanche, un protocole de délibération éthique pourrait leur être utile,

notamment celui proposé par Legault (2001). De façon générale, ce protocole permet de bien cerner la situation problématique et les dilemmes en présence, d'identifier les valeurs en tension et les pistes d'action et de justifier les choix auprès des personnes impliquées. Nous croyons que cette grille d'analyse se prêterait très bien aux situations de sécurité qui nous intéressent.

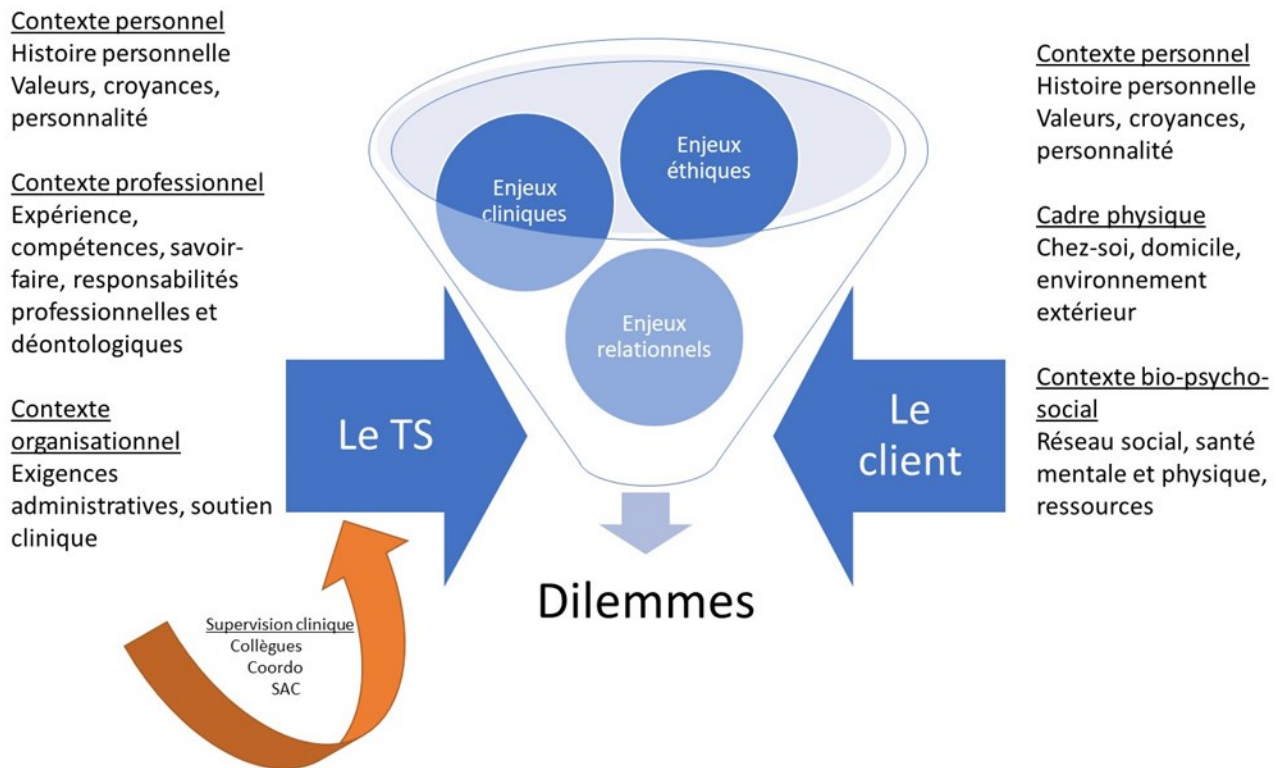
En résumé, les dilemmes éthiques sont nombreux lorsqu'il est question de la sécurité des travailleurs sociaux qui se rendent à domicile. Il semblerait que la force du groupe permette de mieux cerner les situations complexes, que ce soit en co-développement, en analyse des pratiques professionnelles ou par un protocole de délibération éthique. Il est malheureux que ces outils aient été délaissés au fil du temps pour se centrer sur une efficacité chiffrée plutôt que qualitative.

6.4. Retour sur le cadre conceptuel

Lorsque nous avons élaboré le cadre conceptuel qui a guidé ce projet de recherche, nous avons voulu faire ressortir les multiples enjeux liés à la sécurité susceptibles de surgir lors de la rencontre de 2 univers distincts, celui du TS et celui du client. Nous avons pu constater que les nombreux questionnements que cela génère engendrent du stress et de l'inconfort pour les travailleurs sociaux. En possédant de meilleures aptitudes d'analyse en situations complexes, le TS devrait voir cette anxiété diminuer et l'aider énormément dans son travail. Compte tenu des exigences de plus en plus grandes en termes de performances, un outil qui permet d'alléger ce stress serait plus que bienvenu. Nous croyons pertinent d'ajouter à notre schéma une boucle de rétroaction

entre le TS et la forme de supervision clinique qui lui convient pour l'aider dans son travail de façon continue.

Figure 2 : Cadre conceptuel révisé



La présence d'une supervision clinique adéquate auquel le TS peut se référer librement devrait permettre d'alléger la pression liée à la résolution des dilemmes qu'il rencontre régulièrement. Cette supervision peut prendre différentes formes tel que discuté dans la section précédente. Elle devrait servir à valider sa perception du danger et à évaluer la meilleure façon de gérer les risques pour tous. Ainsi, il devrait prendre de meilleures décisions par rapport à sa sécurité, assurer une intervention de meilleure

qualité et répondre adéquatement aux exigences professionnelles, déontologiques et institutionnelles.

CHAPITRE 7 : CONCLUSION

Il est de plus en plus clair que la population vieillissante du Québec est susceptible de présenter des situations complexes avec lesquelles les travailleurs sociaux doivent composer quotidiennement. En partant d'une interrogation bien réelle soulevée par les acteurs présents sur le terrain, nous avons cherché à connaître les enjeux liés à leur sécurité. La question désormais n'est plus de savoir s'il existe des risques à l'intervention à domicile auprès de personnes âgées en perte d'autonomie. Les entrevues menées auprès de 12 participants ont permis de confirmer qu'ils sont bien présents, à différents niveaux. Il est maintenant possible d'affirmer que ce n'est pas que la présence de risques qui importe, mais plutôt la façon dont les travailleurs sociaux les évaluent et interprètent, de même que la façon dont ils les gèrent. Par la nature de leur profession, les travailleurs sociaux sont fréquemment placés dans des situations risquées. Toutefois, une analyse réfléchie et la mise en place de mesures appropriées évitera que ces crises ne deviennent de réels dangers pour eux. Pour prendre des décisions éclairées, les travailleurs sociaux doivent avoir des lieux propices au développement de leur pensée critique et analyse réflexive sur leurs pratiques. Il semble que peu de milieux favorisent l'émergence de telles aptitudes, ce qui met à risque leurs employés. Comme le soulève Lambert (2016; p. 29), il y a un « besoin dans les milieux de pratique d'offrir ce genre d'espaces de discussion, qui stimulent les questionnements et incitent la réflexivité collective ». Il serait intéressant d'approfondir la discussion pour voir si l'absence ou la présence de tels lieux de réflexion aurait un impact sur la sécurité des travailleurs sociaux et ainsi sur la qualité de leurs interventions.

Le présent projet de recherche comporte plusieurs forces. D'abord, il s'ancre dans des préoccupations qui ont été soulevées par des travailleurs sociaux eux-mêmes. Ceci a permis de faciliter le recrutement des participants qui se sont sentis interpellés par le thème. Bien que les entrevues demandent du temps, elles ont été relativement faciles à intégrer dans une semaine de travail pour les intervenants, dans la mesure où ils ont été libérés par leur organisation. La participation aux entrevues a présenté une occasion pour les travailleurs sociaux de prendre un moment de réflexion sur leurs pratiques, ce qu'ils ont rarement le temps de faire au quotidien. Ils ont ainsi pu prendre conscience de certains de leurs agissements et déjà faire quelques modifications à leur pratique. La recherche a permis aussi de dresser un portrait intéressant de la problématique à l'étude et d'enrichir la littérature à ce sujet.

En contrepartie, le projet de recherche présente des limites en ce qu'il demeure limité à la population étudiée. En effet, les résultats obtenus nous ont permis de dégager les enjeux vécus par les travailleurs sociaux des milieux rencontrés, mais ne nous permettent pas de faire des généralisations à la pratique du travail social ou à d'autres milieux. Cependant, ils présentent un intérêt certain pour les autres milieux de pratique et pourront certainement y être transposés. Cette limitation est cependant commune à une majorité d'études qualitatives. Le projet de recherche répond des exigences du programme d'étude de deuxième cycle et pourra servir de point de départ à d'éventuels projets de recherche de plus grande envergure.

D'ailleurs, afin d'avoir une compréhension plus approfondie de la problématique étudiée, il aurait été pertinent d'explorer la perception des chefs de programme ou des spécialistes en activités cliniques en plus de celle des travailleurs sociaux. Cette

possibilité avait été considérée lors des étapes préliminaires de ce projet de recherche, mais n'a pas été retenue. Ils partagent certainement plusieurs préoccupations avec les travailleurs sociaux, mais peut-être auraient-ils pu fournir des pistes de réflexion supplémentaires grâce à leur point de vue plus externe à la situation. Il aurait été pertinent de connaître le degré d'importance qu'ils accordent à la problématique et les éléments mis en place pour y faire face. Ceci aurait sans doute permis de mieux documenter l'écart entre les perceptions des travailleurs sociaux et celles de leurs supérieurs. De plus, qu'en est-il de la perception des hauts dirigeants des différentes institutions, des syndicats et de l'OTSTCFQ? Ces questionnements représentent des avenues intéressantes pour de prochains projets de recherche.

En guise de conclusion à ce mémoire de recherche, les mots d'un participant sont tout indiqués et devraient servir à alimenter la réflexion de tout professionnel qui se questionne par rapport à sa sécurité :

« La première chose qu'on apprend dans un cours de secourisme, c'est de vérifier notre sécurité : 'je peux intervenir ou je ne peux pas'. C'est un peu la même chose dans notre travail. » Participant 09

RÉFÉRENCES

Allen, S. F. & Tracy, E. M. (2008). Developing student knowledge and skills for home-based social work practice, *Journal of social work education*, 44(1), 125-143.

Agence de la santé et des services sociaux de Montréal. (2011). *Plan d'action ministériel en santé mentale 2005-2010 « La force des liens » : plan de mise en œuvre phase III*, Québec : Bibliothèque et archives nationales du Québec.

Bardin, L. (2013). *L'analyse de contenu*, Presses universitaires de France, 296p.

Barette, G. (2014). *Projet de Loi 10 : Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales*, Québec : Éditeur officiel du Québec.

Bradbury-Jones, C., Taylor, J. et Herber, O. R. (2014). Vignette development and administration : a framework for protecting research participants, *International journal of social research and methodology*, 17(4), 427-440.

Auclair, É. L. (2017). La détresse psychologique chez des travailleurs sociaux du réseau de la santé et des services sociaux, rapport sur la situation actuelle des travailleurs sociaux du réseau, *Les points d'équilibre*, 1-14.

Bartels, S. J. (2004). Caring for the whole person: integrated health care for the elderlies with severe mental illness and medical comorbidity, *Journal of the American geriatric society*, 52, 249-257.

Beauchet, O., Imler, D., Cadet, L. Blanc, P., Ramboa, P., Girtanner, C. et Gonthier, R. (2002). Le syndrome de Diogène du sujet âgé : forme clinique d'un dysfonctionnement frontal?, *Revue de médecine interne*, 23, 122-131.

Bonneville, L. et Grosjean, S. (2009). L'ordinateur portable en soins à domicile : l'espace interactionnel soignant/soigné en mutation, *Questions de communication*, 15, 261-278.

Bossé, P.-L., Morin, P., et Dallaire, N. (2006). La délibération éthique : de l'étude de cas à la citoyenneté responsable, *Santé mentale au Québec*, 31(1), 47-63.

Bourque, D. (2009). *Transformation du réseau public de services sociaux et impacts sur les pratiques des intervenants sociaux au Québec*, Communication dans le

cadre du colloque européen : le travail social à l'épreuve du management et des impératifs gestionnaires, Toulouse, France.

Brown, F. & Pain, A. (2014). Developing an approach to working with hoarding: space for social work, *Practice: social work in action*, 26(4), 211-224.

Conseil consultatif national sur le troisième âge. (2002). *Écrits en gérontologie : santé mentale et vieillissement*, Ottawa.

Commissaire à la santé et au bien-être du Québec. (2012). *État de la situation sur la santé mentale au Québec et réponse du système de santé et des services sociaux*, Québec : Bibliothèque et archives nationales du Québec.

Centre de santé et des services sociaux de la Vieille Capitale. Repéré à <http://www.csssvc.qc.ca> le 20 février 2015

Centre national d'excellence en santé mentale. (2013). *Guide de sécurité pour les intervenants de suivi intensif en équipe*, Santé et services sociaux du Québec, 74 p.

Ceyhan, A. (1998). Analyser la sécurité : Dillon, Waever, Williams et les autres, *Cultures et conflits*, 31-32, 1-15.

Corvol, A., Moutel, G. et Somme, D. (2013). Engagement du soignant dans la relation. L'exemple des gestionnaires de cas en gérontologie, *Gérontologie et société*, 144, 97-109.

Crevier, M. (2009). *La proximité relationnelle et l'intervention à domicile en centre de santé et services sociaux*, Université de Sherbrooke, Bibliothèque et archives du Canada, 153p.

Day, M. R., McCarthy, G., & Leahy-Warren, P. (2012). Professional social workers' view on self-neglect: an exploratory study, *British journal of social work*, 42, 725-743.

Demailly, L. (1998). Les métiers relationnels de service public : approche gestionnaire, approche politique, *Lien social et politiques-RIAC*, 40, 17-24.

Desrosiers, J. et Larivière, N. (2014). Le groupe de discussion focalisée, application pour recueillir des informations sur le fonctionnement au quotidien des personnes avec un trouble de personnalité limite. Dans M. Corbière et N. Larivière (dir.), *Méthodes qualitatives, quantitatives et mixtes : dans la recherche en sciences humaines, sociales et de la santé*, Québec : Les presses de l'Université du Québec.

Doré, M. (1987). La désinstitutionalisation au Québec, *Santé mentale au Québec*, 12(2), 144-157.

Dorvil, H., Guttman, H. A., Ricard, N. et Villeneuve, A. (1997). *Défis de la reconfiguration des services de santé mentale*, Québec.

Ekanga, B. (2013). *Les fondements éthiques de la bioéthique*, iUniverse inc, 570p.

Evans, S. C., Roberts, M. C., Keeley, J. W., Blossom, J. B., Amaro, C. M., Garcia, A. M., Stough, C. O., Canter, K. S., Robles, R. et Reed, G. (2015). Vignette methodologies for studying clinicians' decision-making : validity, utility, and application in ICD-11 field studies, *International journal of clinical and health psychology*, 15, 160-170.

Fleury, G., Gaudette, L. & Moran, P. (2012). Compulsive hoarding: overview and implications for community health nurses, *Journal of community health nursing*, 29(3), 154-162.

Gohier, C. (2004). De la démarcation entre critères d'ordre scientifique et d'ordre éthique en recherche interprétative, *Recherches qualitatives*, 24, 3-17.

Gonin, A., Grenier, J. et Lapierre, J.-A. (2013). La souffrance éthique au travail : l'éthique du care comme cadre d'analyse critique et comme prospective dans le champs de la santé et des services sociaux, *Reflets : revue d'intervention sociale et communautaire*, 19(2), 85-110.

Institut national de santé publique du Québec. (2005). Insalubrité, syndrome de Diogène et santé publique. Repéré à <https://www.inspq.qc.ca/bise/insalubrite-syndrome-de-diogene-et-sante-publique>

Institut national de santé publique du Québec (2016). Définition du concept de sécurité. Repéré à <https://www.inspq.qc.ca/centre-collaborateur-oms-securite-traumatismes/definition-du-concept-de-securite>

Institut de la statistique du Québec. (2000). *Enquête sociale et de santé 1998*, Québec : Gouvernement du Québec (Collection la santé et le bien-être).

Institut de la statistique du Québec. (2014). *Perspectives démographiques du Québec et des régions, 2011-2061*, Québec : Bibliothèque et archives nationales du Québec.

Jaeger, M. (2009). Du principe de responsabilité au processus de responsabilisation, *Vie sociale*, 3(3), 71-81.

Kergoat, M.-J. et Légaré, J. (2007). Aspects démographiques et épidémiologiques du vieillissement au Québec. Dans Arcand, M. et Hébert, R. (dir.). *Précis pratique de gériatrie* (3e éd.), Québec: Edisem.

Kuzmarov, I. W. (2009). The Quebec aging government's approach to the vulnerable aging population, *The Aging male*, 12(2/3), 37-40.

Lambert, A. (2016). Combiner réflexivité et délibération éthique dans le cadre d'entretien de groupe : une piste pour la pratique réflexive, *Approches inductives : travail intellectuel et construction des connaissances*, 3(1), 7-38.

Lecomte, C. et Savard, R. (2004). La supervision clinique : un processus de réflexion essentiel au développement de la compétence professionnelle. Dans T. Lecomte et C. Leclerc (dir.), *Manuel de réadaptation psychiatrique*, Québec : Presses de l'Université du Québec.

Lecoeur, M. (1999). *La culpabilité*, conférence présentée dans le cadre du Forum québécois sur la maladie d'Alzheimer, Trois-Rivières.

Legault, G. A. (2001). *Professionnalisme et délibération éthique. Manuel d'aide à la décision responsable*, Sainte-Foy : Presses de l'Université du Québec.

Mah, C. L., Taylor, E., Hoang, S. et Cook, B. (2014). Using vignettes to tap into moral reasoning in public health policy : practical advice and design principles from a study on food advertising to children, *American journal of public health*, 104(10), 1826-1832.

Martineau, S. (2007). L'éthique en recherche qualitative : quelques pistes de réflexion, *Recherches qualitatives*, hors-série, 5, 70-81.

Ministère de la santé et des services sociaux. (2003). *Politique de soutien à domicile : chez-soi le premier choix*, Québec.

Ministère de la santé et des services sociaux. (2017). *C. difficile*. Repéré à http://www.msss.gouv.qc.ca/sujets/prob_sante/nosocomiales/index.php?cdifficile

Ministère des travaux publics et des services gouvernementaux du Canada. (2002). *Canada's aging population*, Ottawa.

Molgat, M. (2007). Définir le travail social. Dans J.-P. Deslauriers et Y. Hurtubise, *Introduction au travail social* (2^e éd.), Les Presses de l'Université Laval.

Morin, P., Crevier, M., Couturier, Y., Dallaire, N., Dorvil, H., et Johnson-Lafleur, J. (2009). *Signification du chez-soi et intervention à domicile dans les programmes de soutien à domicile, enfance/jeunesse/famille et santé mentale*, Université de Sherbrooke.

Norton, C. L. (2013). Book Review: J. Christopher Muran and Jacques P. Barber (Eds): the therapeutic alliance: an evidence-based guide to practice, *Clinical social work*, 41, 218-219.

Nour, K. (2010). Guidelines for community-based team interventions for seniors with severe and persistent mental health problems living in the community, *Intervention*, 133, 98-109.

O'Leary, P., Tsui, M.-S., et Ruch, G. (2013). The boundaries of the social work relationship revisited: towards a connected, inclusive and dynamic conceptualization, *British journal of social work*, 43, 135-153.

Ordre des travailleurs sociaux et thérapeutes familiaux et conjugaux du Québec. (2011). *Cadre de référence des travailleurs sociaux*.

Ordre des travailleurs sociaux et thérapeutes familiaux et conjugaux du Québec. (2016a). *Code de déontologie*. Repéré à http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=3&file=/C_26/C26R286.HTM

Ordre des travailleurs sociaux et thérapeutes familiaux et conjugaux du Québec. (2016b). *Rapport annuel 2015-2016*.

Ordre des travailleurs sociaux et thérapeutes familiaux et conjugaux du Québec. (2017). *Nos professions*. Repéré à <http://otstcfq.org/nos-professions>

Paillé, P. et Mucchielli, A. (2003). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales* (3^e éd.), Armand Colin.

Pauzé, M. (2014). Limites du droit au jugement pratique du travailleur social, *Intervention*, 140, 9-17.

Poupart, J., Groulx, L.-H., Laperrière, A., Mayer, R., et Pires, A. P. (1998). *La recherche qualitative, diversité des champs de pratique au Québec*, Gaëtan Morin éditeur.

Préville, M., Hébert, R., Bravo, G. et Boyer, R. (2001). Predisposing and facilitating factors of severe psychological distress among frail elderly adults, *Canadian Journal on Aging*, 21(2), 195-204.

Przygodzki-Lionet, N. (2008). La dangerosité : explications, évaluations, représentations et gestion. De l'intérêt d'une approche psychosociale. Dans P. Mbanzoulou, H. Bazex, O. Razac et J. Alvarez, *Les nouvelles figures de la dangerosité*, L'harmattan.

Quivy, R. et Van Campenhoudt, L. (2006). *Manuel de recherche en science sociale* (3^e éd.), Dunod.

Regguer, D. et Carpentier, M. (2007). Regard critique sur les politiques de maintien à domicile des personnes âgées en France et au Québec, *Canadian review of social policy*, 2017/2018(60/61), 39-51.

Richard, S. (2008). La délibération éthique chez les travailleuses et travailleurs sociaux en contexte d'intervention difficile : quand le recours au « gros bon sens » et au raisonnement normatif est insuffisant pour interpréter la règle ou remettre en question la décision envisagée et l'action qui en découle, *Reflets : revue d'intervention sociale et communautaire*, 14(1), 200-217.

Robo, P. (2005). Pourquoi, comment analyser sa pratique professionnelle? Les effets de l'APP, *Le Nouvel Éducateur*, 172, 13-18.

Rodgers, R.-F., Cailhol, L., Bui, E., Klein, R., Schmitt, L., et Chabrol, H. (2010). L'alliance thérapeutique en psychothérapie: apports de la recherche empirique, *L'encéphale*, 36, 433-438.

Roy, J., Saillant, F. et Vézina, A. (1994). *Priorités de recherche en soutien à domicile. Bilan des consultations en CLSC*, Centre de recherche sur les services communautaires, Sainte-Foy : Université Laval.

ANNEXE A : FICHE EXPLICATIVE



PARTICIPATION À UN PROJET DE RECHERCHE

Le soutien à domicile auprès des personnes âgées en perte d'autonomie : Enjeux professionnels et éthiques liés à la sécurité des travailleurs sociaux

Nous sollicitons votre participation à un projet de recherche dans le cadre d'une maîtrise en service social. Nous souhaitons bénéficier de votre expérience comme travailleur social au soutien à domicile auprès d'une clientèle âgée en perte d'autonomie.

Pour participer au projet vous devez :

- ✓ Être travailleur / travailleuse sociale membre de l'OTSTCFQ
- ✓ Posséder un minimum d'une (1) année d'expérience
- ✓ Travailler au programme de soutien à domicile pour personnes âgées en perte d'autonomie, ou au programme de psychogériatrie du CISSS Montérégie-Est (secteurs Pierre-Boucher et Richelieu-Yamaska)

Votre participation consistera en une (1) seule entrevue d'une durée de 1h30 où vous pourrez vous exprimer sur les enjeux liés à votre sécurité lorsque vous allez au domicile de vos clients. Cette entrevue vous permettra de prendre un temps d'arrêt pour réfléchir sur votre pratique, de même que sur la pratique du travail social en général. Votre participation nous aidera à mieux comprendre ces enjeux et permettra l'avancement des connaissances en la matière.

Pour participer au projet, contactez SARAH FORTIN

Projet sous la supervision de Mme Annie Lambert, Professeure adjointe
Université de Sherbrooke, École de travail social

ANNEXE B : GRILLE D'ENTREVUE

* Explication du déroulement de l'entrevue – Signature formulaire de consentement

Questions?

A – Données socio-démographiques

Âge, sexe, nombre d'années d'expérience en soutien à domicile, milieu de pratique, type de clientèle

B – Questions sur la visite à domicile en général

- Pourriez-vous m'expliquer rapidement en quoi consiste votre travail?
- Lorsque vous devez faire une nouvelle rencontre à domicile, en quoi consiste votre préparation? Quels sont les éléments qui vous apparaissent les plus importants dans cette préparation? Comment vous préparez-vous en lien avec votre sécurité? Pouvez-vous nous donner quelques exemples?
- Comment se déroule habituellement une visite à domicile?
- À votre avis, quels sont les éléments qui représentent une menace pour la sécurité d'un intervenant lors d'intervention à domicile?
- Vous arrive-t-il d'utiliser des moyens de protection lors de visites à domicile? Pouvez-vous nous parler davantage de ces moyens? Comment les utilisez-vous? Quels sont les impacts de leur utilisation pour vos interventions?

C – Questions sur les outils

- En quoi vos formations académiques et/ou professionnelles vous ont-elles préparé aux enjeux de sécurité de votre travail?
- Sentez-vous que vous savez quoi faire pour être en sécurité à domicile?
- Dans votre milieu, quels sont les outils ou moyens dont vous disposez face à votre sécurité à domicile?
- Est-ce que ces outils sont facilement accessibles? Quelle utilisation en faites-vous?

D – Questions sur le soutien clinique

- À quel soutien clinique (individuel et/ou collectif) avez-vous accès lorsque vous avez des questions sur votre pratique? Quelle utilisation en faites-vous?
- Quels sont vos besoins en termes de soutien clinique par rapport à votre pratique?

E – Présentation des vignettes et discussion

- Lecture de la vignette
- Questions sur la vignette
 - D'un point de vue clinique, et en quelques mots, que pensez-vous de cette situation?
Ressentez-vous un malaise (dilemme) face à cette situation? Par exemple, y a-t-il des valeurs/croyances en tension dans cette situation?
 - Selon vous, des éléments de cette vignette représentent-ils un danger ou un risque pour l'intervenant qui se rend à domicile? À quel niveau?
 - S'agit-il de dangers habituels ou non pour des travailleurs sociaux?
 - Que feriez-vous dans cette situation? Pour quelles raisons?
 - Dans une telle situation, est-ce que les orientations de votre ordre professionnel, votre syndicat ou votre organisation pourraient être différentes de vos propres choix?

F – Questions sur leurs besoins / pistes de recommandations

- À la lumière de l'entretien que nous venons d'avoir ensemble, quelles sont vos réflexions par rapport à la sécurité à domicile des travailleurs sociaux?
- À votre avis, quels sont les besoins des intervenants à ce niveau et comment est-il possible de les combler?

G – Fin de l'entrevue

- Y a-t-il quelque chose que vous souhaiteriez ajouter en terminant?
- Avez-vous des commentaires au sujet du déroulement de l'entrevue?
- N'oubliez pas que vous pouvez communiquer avec nous si d'autres questions devaient survenir plus tard.

ANNEXE C : VIGNETTES CLINIQUES

Vignette clinique A

- Sonia se rend au domicile d'une cliente qu'elle a déjà vu quelques fois dans la dernière année. En sortant de la voiture, elle entend un chien aboyer. En montant les escaliers jusqu'à l'appartement de sa cliente, elle entend les voisins argumenter bruyamment. La cliente la fait entrer et l'invite dans la salle à manger pour débiter la rencontre. Après quelques minutes, la porte ouvre et une femme entre en criant « C'est toi la fille du CLSC? J'ai deux mots à te dire! Faut qu'on sorte ma mère d'ici! Ça a pas de bon sens à son âge, est pu capable de rester toute seule! » À quoi, la cliente réplique sur le même ton que personne ne la fera bouger de là. Sonia assiste à une querelle assez intense entre la mère et la fille.

Vignette clinique B

- Sylvain va rencontrer sa cliente à domicile. La maison paraît toujours dans le même état que lors de ses visites précédentes. Le gazon ne semble pas avoir été coupé depuis des années et des morceaux de bois et de métal rouillé traînent un peu partout à l'extérieur. Les planches qui forment le perron craquent sous son poids et une fenêtre cassée est recouverte de papier journal. La porte est entrouverte et un chat ébouriffé sort de la maison. Sylvain s'identifie et demande s'il y a quelqu'un dans la maison en ouvrant la porte. La cliente répond être dans la cuisine au fond de la maison. Une odeur intense lui monte au nez, un mélange de cigarette et d'urine. Il constate des objets variés empilés partout dans la maison et il a de la difficulté à se frayer un chemin vers la cuisine. Il remarque un gros insecte mort dans l'évier, sur une pile de vaisselle sale. Elle l'invite à s'asseoir pour débiter la rencontre. Elle lui demande « J'espère que vous n'avez pas eu trop de misère à trouver la place, la neige a tendance à cacher le numéro de la maison ». Pendant la rencontre, il entend un craquement sourd, puis quelque chose qui tombe violemment à l'étage.

Vignette clinique C

- Nicole consulte le dossier de son client, âgé de 72 ans, avant d'aller le rencontrer dans sa maison de campagne. On y parle d'un homme ayant une histoire de dépression majeure qui aurait fait des tentatives de suicide il y a plusieurs années. Une fois au domicile, elle doit convaincre son client de la laisser entrer. Il semble nerveux et jette des regards furtifs de tous les côtés. Une fois dans la cuisine, il pousse violemment le chat de sur la chaise et fait signe à Nicole de s'y asseoir. En parlant, elle observe les lieux. Elle remarque plusieurs cannettes de bière vides dans l'évier et croit deviner la silhouette d'une arme de chasse dans le placard près de la porte.

ANNEXE D : FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

Titre du projet de recherche : Soutien à domicile auprès des personnes âgées en perte d'autonomie : Enjeux et dilemmes éthiques liés à la sécurité des travailleurs sociaux

N° de projet : AA-HCLM-16-030

Page 1 de 5

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ

Titre du projet : Soutien à domicile auprès des personnes âgées en perte d'autonomie : Enjeux et dilemmes éthiques liés à la sécurité des travailleurs sociaux

Numéro du projet : AA-HCLM-16-030

Commanditaire / organisme subventionnaire : N/A

Chercheur principal : Annie Lambert, Ph. D. (directrice de mémoire)

Chercheurs associés : Sarah Fortin, étudiante-chercheuse

Téléphone :

Nous sollicitons votre participation à un projet de recherche afin de mieux comprendre la pratique du travail social à domicile auprès des personnes âgées. Cependant, avant d'accepter de participer à ce projet, veuillez prendre le temps de lire, de comprendre et de considérer attentivement les renseignements qui suivent. Si vous acceptez de participer au projet de recherche, vous devrez signer le formulaire de consentement à la fin du présent document et nous vous en remettrons une copie.

Ce formulaire de consentement vous explique le but de ce projet de recherche, les procédures, les risques et inconvénients ainsi que les avantages, de même que les personnes avec qui communiquer au besoin. Nous vous invitons à poser toutes les questions nécessaires au chercheur responsable du projet ou aux autres personnes participant au projet de recherche et à leur demander de vous expliquer tout mot ou renseignement que vous ne comprenez pas.

NATURE ET OBJECTIFS DU PROJET DE RECHERCHE

La recherche s'intéresse aux enjeux et dilemmes éthiques liés à la sécurité des travailleurs sociaux qui se rendent au domicile de leurs clients. Ceci a pour but de mieux connaître cet aspect de la pratique pour améliorer les conditions de travail des travailleurs sociaux. Nous souhaitons connaître votre perception sur le sujet et la façon dont vous abordez ces situations. Pour ce faire, 12 participants sélectionnés au sein du CISSS Montérégie-Est seront conviés à une entrevue.

DÉROULEMENT DU PROJET DE RECHERCHE

Si vous acceptez de participer à l'étude, vous devrez rencontrer l'étudiante-chercheuse à une seule reprise. Durant cette rencontre, d'une durée approximative de 1h30, nous procéderons à un entrevue vous permettant de vous exprimer sur notre sujet d'étude. L'entrevue sera enregistrée en format audio pour en faciliter la retranscription. Il se déroulera dans votre milieu de travail.

COLLABORATION DU PARTICIPANT

Formulaire de consentement : Version 01 – 13 mai 2016
Centre de recherche – Hôpital Charles-Le Moyne

Le participant s'engage à répondre aux questions au mieux de ses connaissances. De plus, il s'engage à ne pas divulguer le contenu de l'entrevue aux autres participants qui le suivront.

RISQUES ET INCONVÉNIENTS POUVANT DÉCOULER DE VOTRE PARTICIPATION AU PROJET DE RECHERCHE

Il existe très peu de risques à participer à cette étude. Il se pourrait que les vignettes cliniques fictives et les réflexions qui en découlent ravivent des souvenirs désagréables pour vous. Ceci pourrait générer un inconfort ou une certaine détresse psychologique. Nous ferons tous les efforts nécessaires pour minimiser ces inconvénients. Vous pouvez choisir de ne pas répondre à des questions ou d'arrêter l'entrevue. Si vous en ressentez le besoin, l'étudiante-chercheuse vous orientera vers une ressource professionnelle appropriée. La participation à ce projet de recherche entraînera surtout une contrainte de temps pour vous qui devrez insérer les entrevues dans votre horaire de travail déjà chargé.

AVANTAGES POUVANT DÉCOULER DE VOTRE PARTICIPATION AU PROJET DE RECHERCHE

Par votre participation au projet, vous contribuerez à l'avancement des connaissances dans le domaine de l'intervention à domicile pour les travailleurs sociaux. De plus, les résultats obtenus contribueront plus largement à l'avancement des connaissances dans le domaine du service social. Votre participation vous permettra également une réflexion sur votre pratique professionnelle.

PARTICIPATION VOLONTAIRE ET POSSIBILITÉ DE RETRAIT DU PROJET DE RECHERCHE

Votre participation à ce projet de recherche est volontaire. Vous êtes donc libre de refuser d'y participer. Vous pouvez également vous retirer de ce projet à n'importe quel moment, sans avoir à donner de raisons, en faisant connaître votre décision à l'étudiante-chercheuse ou la chercheuse principale.

Toute nouvelle connaissance acquise durant le déroulement de l'étude qui pourrait affecter votre décision de continuer d'y participer vous sera communiquée sans délai.

Si vous vous retirez de l'étude, vous aurez le choix de nous autoriser ou non à conserver l'information déjà obtenue dans le cadre de l'étude.

ARRÊT DU PROJET DE RECHERCHE

Le chercheur responsable de l'étude et le Comité d'éthique de la recherche de l'Hôpital Charles-Le Moyne / CISSS de la Montérégie-Centre peuvent mettre fin à votre participation, sans votre consentement, pour les raisons suivantes :

- Si de nouveaux développements scientifiques survenaient indiquant qu'il est de votre intérêt de cesser votre participation;
- Si le chercheur responsable du projet pense que cela est dans votre meilleur intérêt;
- Si vous ne respectez pas les consignes du projet de recherche;
- S'il existe des raisons administratives d'abandonner l'étude.

CONFIDENTIALITÉ

Durant votre participation à ce projet, l'étudiante-chercheuse ainsi que la chercheuse principale

recueilleront et consigneront dans un dossier de recherche les renseignements vous concernant. Seuls les renseignements nécessaires pour répondre aux objectifs scientifiques de l'étude seront recueillis.

Ces renseignements peuvent comprendre les retranscriptions des entrevues réalisées. Votre dossier peut aussi comprendre d'autres renseignements tels que votre nom, date de naissance, sexe et origine ethnique.

Tous ces renseignements recueillis au cours du projet demeureront strictement confidentiels dans les limites prévues par la loi. Afin de préserver votre identité et la confidentialité de ces renseignements, vous ne serez identifié que par un numéro de code. La clé du code reliant votre nom à votre dossier de recherche sera conservée par le chercheur responsable du projet de manière sécuritaire.

Les entrevues seront transcrites par l'étudiante-chercheuse. Les données de recherche, les transcriptions des entrevues et les enregistrements (audio ou vidéo) seront conservées pendant 5 ans par la chercheuse responsable. Après cette période, ils seront détruits.

Les données pourront être publiées dans des revues spécialisées ou partagées avec d'autres personnes lors de discussions scientifiques. Aucune publication ou communication scientifique ne renfermera quoi que ce soit qui puisse permettre de vous identifier. Les enregistrements audio ne seront pas diffusés.

À des fins de surveillance et de contrôle, votre dossier de recherche pourra être consulté par une personne mandatée par le Comité d'éthique de la recherche de l'Hôpital Charles-Le Moyne / CISSS de la Montérégie-Centre, par l'établissement ou par une personne mandatée par des organismes publics autorisés. Toutes ces personnes et ces organismes adhèrent à une politique de confidentialité.

À des fins de protection, notamment afin de pouvoir communiquer avec vous rapidement, vos noms et prénoms, vos coordonnées et la date de début et de fin de votre participation au projet, seront conservés pendant un an après la fin du projet dans un répertoire sécurisé maintenu par le chercheur.

Vous avez le droit de consulter votre dossier de recherche pour vérifier les renseignements recueillis et les faire rectifier au besoin et ce, aussi longtemps que la chercheuse responsable du projet ou l'établissement détiennent ces informations. Cependant, afin de préserver l'intégrité scientifique de l'étude, vous pourriez n'avoir accès à certaines de ces informations qu'une fois l'étude terminée.

COMPENSATION

Vous ne recevrez aucune compensation pour votre participation à ce projet de recherche. Si votre employeur a accepté que l'entrevue se déroule sur les heures de travail, il n'y aura aucune pénalité financière pour vous.

DROITS DU PARTICIPANT ET INDEMNISATION EN CAS DE PRÉJUDICE

En acceptant de participer à cette étude, vous ne renoncez à aucun de vos droits ni ne libérez les chercheurs, le commanditaire ou l'établissement où se déroule ce projet de recherche de leurs responsabilités civile et professionnelle.

FINANCEMENT DU PROJET DE RECHERCHE

Le chercheur n'a reçu aucun financement pour mener à bien ce projet de recherche.

PERSONNES À CONTACTER

Pour toute question concernant l'étude, vous pouvez communiquer avec Annie Lambert, chercheuse principale, au (819) 821-8000 poste 65577 ou l'étudiante-chercheuse, Sarah Fortin,

De plus, si vous avez des plaintes en tant que participant(e) à l'étude et désirez communiquer avec une tierce partie impartiale, vous pouvez communiquer avec le commissaire aux plaintes et à la qualité des services du CISSS de la Montérégie-Centre au 450 466-5434.

SURVEILLANCE DES ASPECTS ÉTHIQUES

Le Comité d'éthique de la recherche de l'Hôpital Charles-Le Moyne / CISSS de la Montérégie-Centre a approuvé ce projet de recherche et en assure le suivi. De plus, nous nous engageons à lui soumettre pour approbation toute révision et toute modification apportée au protocole de recherche ou au formulaire de consentement.

Si vous désirez rejoindre ce Comité vous pouvez communiquer avec son secrétariat au numéro 450 466-5000, poste 2564.

ÉNONCÉ DU CONSENTEMENT

La nature de l'étude, les procédés à utiliser, les risques et les bénéfices que comporte ma participation à cette étude ainsi que le caractère confidentiel des informations qui seront recueillies au cours de l'étude m'ont été expliqués par un membre de l'équipe de recherche.

J'ai eu l'occasion de poser toutes les questions concernant les différents aspects de l'étude et j'ai reçu des réponses de façon satisfaisante. Je reconnais avoir eu le temps voulu pour prendre ma décision.

J'accepte volontairement de participer à cette étude. Je demeure libre de m'en retirer en tout temps sans que cela ne nuise aux relations avec mon médecin et les autres intervenants et sans préjudice d'aucune sorte.

Je recevrai une copie signée et datée de ce formulaire de consentement.

Nom du participant (caractères d'imprimerie)	Signature du participant	Date
---	--------------------------	------

Nom de la personne qui a obtenu le consentement (caractères d'imprimerie)	Signature de la personne qui a obtenu le consentement	Date
--	---	------

ENGAGEMENT DU CHERCHEUR

Je m'engage à respecter ce qui a été convenu au formulaire de consentement et à en remettre une copie signée et datée au participant.

Annie Lambert, Ph. D.

Nom de la chercheuse (caractères d'imprimerie)	Signature de la chercheuse	Date
---	----------------------------	------

Sarah Fortin

Nom de l'étudiante-chercheuse	Signature de l'étudiante-chercheuse	Date
-------------------------------	-------------------------------------	------